

南華大學管理學院企業管理學系管理科學博士班

博士論文

Doctoral Program in Management Sciences

Department of Business Administration

College of Management

Nanhua University

Doctoral Dissertation

運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究

Apply the Theory of Planned Behavior to Study the Home-Based  
Reablement Services

楊育哲

Yu-Che Yang

指導教授：黃國忠 博士

Advisor: Kuo-Chung Huang Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June 2019

南 華 大 學  
企業管理學系管理科學博士班  
博 士 學 位 論 文

運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究  
Apply the Theory of Planned Behavior to Study the  
Home-Based Reablement Services

博士生：楊育哲 楊育哲

經考試合格特此證明

口試委員：林明芳  
李鴻文  
黃國忠  
戴忠淵  
謝組邦

指導教授：黃國忠

系主任(所長)：李東奇

口試日期：中華民國 108 年 06 月 12 日

## 準博士推薦函

本校企業管理學系管理科學博士班研究生楊育哲君在本系修業6年，已經完成本系博士班規定之修業課程及論文研究之訓練。

1、在修業課程方面：楊育哲君已修滿36學分，其中必修科目：管理決策理論、統計理論、最佳化理論、作業研究理論、書報套等科目，成績及格(請查閱博士班歷年成績)。

2、在論文研究方面：楊育哲君在學期間已完成下列論文：

(1)博士論文：運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究

(2)學術期刊：

編號	論文名稱	期刊名稱/國際研討會	發表日期
1	Applying the Theory of Planned Behavior to Study the Behavioral Intension of Residents with Home Occupational Therapy Services	International Conference on Emerging Trends in Academic Research	Full Paper Proceeding ETAR-2015, Vol. 2, 81-86. November 25-26, 2015
2	Explore the Intention of Residents with Disability to Accept Occupational Therapy Services at Home	International Journal of Business and Social Science	Vol. 9, No. 2, 184-193. February 2018
3	Explore the Intention of Clients in Long-Term-Care Facilities to Accept Occupational Therapy Services	Journal of Business & Economic Policy	Vol. 5, No. 2, 51-58. June 2018
4	Explore the Intention of Medical Personnel to Participate in the Home-Based Reablement Services	Journal of Business & Economic Policy	Accepted Time February 25, 2019

本人認為楊育哲君已完成南華大學企業管理學系管理科學博

士班之博士養成教育，符合訓練水準，並具備本校博士學位考試之申請資格，特向博士資格審查小組推薦其初稿，名稱：運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究，以參加博士論文口試。

指導教授： 簽章

中華民國108年 3 月 12 日

## 誌謝

職場多年後深知學然後知不足，感謝家人的支持與鼓勵，方能重拾書本，專心於學業，無後顧之憂。在學術殿堂，所裡的師長，認真盡責的教導，讓我獲益匪淺；在進行研究過程中，深獲黃國忠博士的指導與協助，論文得以順利產出，感激之情溢於言表。

論文口試委員的指導，如醍醐灌頂，讓我對論文的內容，有不同的領悟。感謝系內博士論文口試委員：本校陳前校長焱勝博士、陳券彪博士、紀信光博士、許淑鴻博士。博士學位論文口試委員：大同技術學院林校長明芳博士、國立嘉義大學管理學院李院長鴻文博士、樹德科技大學經營管理研究所戴所長忠淵博士、真理大學企業管理學系謝主任組邦博士。

在進修期間，職場上的長官和工作夥伴的支持和協助，讓我在工作之餘，能安心進修，感謝祥太醫院附設護理之家負責人詹冠瑤及白桂榕督導的支持；感謝社團法人嘉義市職能治療師公會蔡前理事長德南先生、台中榮民總醫院嘉義分院林滿莉職能治療師及林妍伶職能治療師、佛教醫療財團法人大林慈濟醫院復健科吳敏誠物理治療師，在研究過程中提供專業建議；感謝參與研究的長照工作夥伴們，給予的意見回饋。

在博士班的這段時光，感謝同窗好友許崑峰、刑事警察局梁哲賓警官、台北世貿中心黃金山館長、普蘭企業有限公司賴榮祥董事長，在研究的路上共同努力學習、互相提攜勉勵，過往彷彿昨日。

最後，向星雲大師致上最深謝意，在嘉義縣大林鎮創辦南華大學，嘉惠學子，就近進修，免除舟車勞頓。感恩！

楊育哲謹誌於

南華大學企業管理學系管理科學博士班

中華民國 108 年 6 月

# 南華大學企業管理學系管理科學博士班

## 107 學年度第 2 學期博士論文摘要

**論文題目：運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究**

**研究生：楊育哲**

**指導教授：黃國忠博士**

**論文摘要內容：**

台灣的出生率逐年下降，人口結構老化，為了因應高齡社會所衍生的失能者長期照顧需求及實現在地老化的政策目標，行政院於民國 96 年及民國 106 年分別通過並實施「長期照顧十年計畫」（民國 96-105 年）及「長照十年計畫 2.0」（民國 106-115 年）。居家復能服務能提升失能者的生活品質及實現在地老化的目標，是長照十年計畫 2.0 非常重要的部分。本研究以計畫行為理論為基礎，來探討醫事人員參與居家復能服務的意圖與失能者接受居家復能服務的意圖。在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖部分，是以立意抽樣方式將問卷發放給雲林縣、嘉義市和嘉義縣參與居家復能服務的醫事人員。本研究共收集 101 個有效樣本。實證結果顯示，醫事人員的社會責任、態度、主觀規範及知覺行為控制會正向影響其意圖，而知覺行為控制最能影響其參與服務的意圖，其次依序為態度、社會責任及主觀規範。態度在社會責任對意圖之間和主觀規範對意圖之間具有部分中介作用。知覺行為控制在主觀規範對意圖之間具有部分中介效果。在探討失能者接受居家復能服務的意圖部分，是以「社團法人嘉義市職能治療師公會」居家復能服務資料庫中的次級樣本資料來進行研究，本研究共獲得 198 份有效樣本。資料分析的結果顯示：失能者接受居家復能服務的意圖會受其態度、主觀規範和知覺行為控制正向影響。而態度對意圖影響最大，其次依序為知覺行為控制及主觀規範。失能者的態度和知覺行為控制在主觀規範對意圖之間具有部分中介效果。

研究結果顯示，公部門可以透過公開表揚、網路或大眾媒體報導居家復能服務的介入成功的案例、建立可成為醫事人員堅強後盾的長照專業發展輔導團、強化職前訓練及透過政策的制定鼓勵醫事人員全職投入服務，都有助於提昇醫事人員參與居家復能服務的意圖。此外，建置以村或里為長照互助單位、改善社區無障礙環境及結合社福團體，主動協助因某些因素無法獲得社會福利補助身分的經濟弱勢族群失能者能獲得的合理補貼，都有助於提升失能者接受居家復能服務的意圖，讓更多失能者能因居家復能服務的介入，重新獲得參與活動的能力，不因環境、生理和心理原因而將自己限制在家中，重回失能前的生活模式。

**關鍵詞：**居家復能服務、計畫行為理論、社會責任、意圖



Title of Thesis: Apply the Theory of Planned Behavior to Study the Home-Based Reablement Services

Department: Doctoral Program in Management Sciences, Department of Business Administration, Nanhua University

Graduate Date: June 2019 Degree Conferred: Ph.D.

Name of Student: Yu-Che Yang Advisor: Kuo-Chung Huang Ph.D.

### **Abstract**

The birth rate in Taiwan is declining year by year, and the overall population structure is rapidly aging. In order to meet the long-term caring demands of the physical challenged who are easily influenced by the aged society and to realize the policy goal of aging in place, the Executive Yuan has approved and promote the “long-term care ten-year plan” (2007-2016) in 2006 and the “Long-term Ten-Year Plan 2.0” (2017-2026) in 2017 respectively. The home-based reablement service can improve the quality of life of the disabled and achieve the goal of aging in place, which is a very important part of the Long-term Ten Year Plan 2.0. The purpose of this study is based on the theory of planned behavior to explore the intention of medical personnel to participate in home-based reablement service and the intention of the people with disability to accept home-based reablement service. In this study, purposive sampling was employed and the questionnaires were distributed to collect opinions of medical personnel who participated home-based reablement services in Yunlin County, Chiayi City and Chiayi County. A total of 101 valid samples were collected. Empirical results reveal that the social responsibility, attitude, subjective norm and perceived behavioral control of medical personnel are respectively positive effect on their intention. Among these four variables, perceived behavioral control has the greatest impact on intention. The

following rankings are for attitude, social responsibility and subjective norm. Attitude has a partial mediation effect on social responsibility to intention and subjective norm to intention. Perceived behavioral control has a partial mediation effect on subjective norm to intention. In the discussion about the intent of the residents with disability to accept home-based reablement services, the study was conducted with secondary sample data. The sample data was obtained from the home-based reablement service database provided by the Chiayi Occupational Therapist Association. 198 valid data were collected. The results of the data analysis show that the intent of the people with disability to accept the home-based reablement service will be positively influenced by their attitude, subjective norm and perceived behavioral control. In particular, the attitude of the people has the greatest impact on their intention. The following rankings are for perceived behavioral control and subjective norm. Attitude and perceived behavioral control of the people have a partial mediating effect on subjective norm to intention.

The results of the study show that through giving public recognition of the medical personnel by the public sector and positive reports by media or mass media, the public sector can establish a long-term professional development counseling team that can be a strong backing for medical personnel, both strengthening pre-employment training and encouraging the full-time service of medical personnel through policy formulation can help to enhance the intent of medical personnel to participate in home-based reablement service. In addition, in order to enable more people with disabilities to regain their ability to participate in activities, not to limit themselves to the home due to environmental, physiological and psychological reasons anymore, return to the life mode before disability, because of the intervention of the home-based reablement service. The public sector can report many successful stories by mass media, build the long-term care mutual aid units in the village, improve

accessibility facilities of the community and integrate the social welfare groups and actively assist the people with disabilities in economically disadvantaged status who are unable to obtain social welfare benefits due to certain factors to obtain the reasonable subsidies. All policy above can improve the intention of the people with disabilities to accept the home-based reablement service.

**Keywords:** Home-Based Reablement Services, Theory of Planned Behavior, Social Responsibility, Intention



# 目錄

準博士推薦函.....	I
誌謝.....	III
中文摘要.....	IV
Abstract.....	VI
目錄.....	IX
圖目錄.....	XI
表目錄.....	XII
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景與動機.....	1
1.2 研究目的.....	7
1.3 研究流程.....	8
第二章 文獻探討.....	10
2.1 居家復能服務.....	10
2.2 計畫行為理論.....	12
2.3 社會責任.....	16
第三章 研究方法.....	19
3.1 研究架構.....	19
3.2 研究假設.....	20
3.3 問卷設計與研究變數之操作型定義.....	21
3.4 研究對象之抽樣方法.....	33
3.5 資料分析方法.....	34
第四章 研究結果與討論.....	35
4.1 敘述性統計分析.....	35

4.2 因素分析與信度分析.....	37
4.3 平均數分析.....	50
4.4 集群分析.....	52
4.5 迴歸分析.....	57
4.6 Sobel 檢定.....	62
第五章 結論與建議.....	64
5.1 結論.....	64
5.2 建議.....	66
5.3 研究限制與未來研究方向.....	68
參考文獻.....	70
一、中文部分.....	70
二、外文部分.....	72
三、網路部分.....	81
附錄一 參與者同意書.....	83
附錄二 研究問卷.....	84

## 圖目錄

圖 1.1 研究流程圖 .....	9
圖 3.1 醫事人員參與居家復能服務的意圖之研究架構圖 .....	19
圖 3.2 失能者接受居家復能服務的意圖之研究架構圖 .....	20



## 表目錄

表 3.1 醫事人員社會責任構面衡量題項表.....	22
表 3.2 醫事人員態度構面衡量題項表.....	23
表 3.3 醫事人員主觀規範構面衡量題項表.....	25
表 3.4 醫事人員知覺行為控制構面衡量題項表.....	26
表 3.5 醫事人員意圖構面衡量題項表.....	28
表 3.6 失能者態度構面衡量題項表.....	30
表 3.7 失能者主觀規範構面衡量題項表.....	31
表 3.8 失能者知覺行為控制構面衡量題項表.....	31
表 3.9 失能者意圖構面衡量題項表.....	32
表 4.1 醫事人員樣本敘述性統計分析表.....	36
表 4.2 失能者樣本敘述性統計分析表.....	37
表 4.3 醫事人員樣本之 KMO 值與球形檢定彙整表.....	39
表 4.4 醫事人員樣本之因素分析和信度分析.....	39
表 4.5 醫事人員樣本之社會責任構面因素負荷量表.....	40
表 4.6 醫事人員樣本之態度構面因素負荷量表.....	41
表 4.7 醫事人員樣本之主觀規範構面因素負荷量表.....	42
表 4.8 醫事人員樣本之知覺行為控制構面因素負荷量表.....	43
表 4.9 醫事人員樣本之意圖構面因素負荷量表.....	45
表 4.10 失能者樣本之 KMO 值與球形檢定彙整表.....	46
表 4.11 失能者樣本之因素分析和信度分析.....	46
表 4.12 失能者樣本之態度構面因素負荷量表.....	47
表 4.13 失能者樣本之主觀規範構面因素負荷量表.....	48
表 4.14 失能者樣本之知覺行為控制構面因素負荷量表.....	49

表 4.15 失能者樣本之意圖構面因素負荷量表.....	50
表 4.16 醫事人員樣本之平均數分析.....	50
表 4.17 失能者樣本之平均數分析.....	51
表 4.18 醫事人員樣本集群平均數差異檢定彙整表.....	53
表 4.19 失能者樣本集群平均數差異檢定彙整表.....	53
表 4.20 醫事人員樣本集群獨立性檢定.....	54
表 4.21 失能者樣本集群獨立性檢定.....	56
表 4.22 醫事人員樣本之中介效果分析（態度）.....	58
表 4.23 醫事人員樣本之中介效果分析（態度）.....	59
表 4.24 醫事人員樣本之中介效果分析（知覺行為控制）.....	60
表 4.25 失能者樣本之中介效果分析（態度）.....	61
表 4.26 失能者樣本之中介效果分析（知覺行為控制）.....	62
表 4.27 醫事人員樣本之 Sobel 檢定.....	63
表 4.28 失能者樣本之 Sobel 檢定.....	63
表 5.1 醫事人員樣本之研究假設分析結果彙整表.....	64
表 5.2 失能者樣本之研究假設分析結果彙整表.....	65

# 第一章 緒論

本章主要在說明運用計畫行為理論探討居家復能服務之研究的研究背景與動機、研究目的及研究流程。

## 1.1 研究背景與動機

台灣正面臨出生率下降和人口老化所衍生出日益嚴重的失能者長期照顧的問題，也是政府與全民最關注的議題。根據內政部戶政司(民 108a, 民 108b)的統計報告顯示，民國 84 年底，台灣的出生率為千分之 15.50，到了民國 107 年底，出生率下降至千分之 7.56。而目前居住在台灣超過 65 歲的人口比例在民國 84 年為 7.63%，民國 107 年上升到 14.56%。依據世界衛生組織定義，老年人口比率超過 7%，為「高齡化社會」，超過 14%，則為「高齡社會」。民國 107 年 3 月，我國正式超過 14% 的門檻，成為「高齡社會」。國家發展委員會(民 107)也進一步推估，我國將於 115 年超過 20%，邁入超高齡社會。台灣自民國 84 年實施全民健康保險，完善的醫療照顧，延長了人們的壽命。據內政部統計處(民 108)的報告，我國女性的平均餘命從民國 84 年的 77.74 歲上升到民國 106 年的 83.70 歲，男性的平均餘命從民國 84 年的 71.85 歲上升到民國 106 年的 77.28 歲，全體平均餘命從民國 84 年的 74.53 歲上升到民國 106 年的 80.39 歲。雖然醫療科技日新月異，但也並非無所不能，當個人因疾病、意外事故、遺傳、老化...等因素造成部分身體功能喪失，無法獨力完成基礎日常生活活動(Basic Activities of Daily Living, 簡稱 BADL)及工具性日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living, 簡稱 IADL)時，就需要尋求他人的協助(張席熒、謝妤葳、薛漪平、謝清麟, 民 95)。所謂的失

能者是指個人因生理或心理功能的內在能力喪失，進而影響功能性能力，即無法勝任包含基礎日常生活活動功能，即自我照顧的活動，包括自行進食、移位、如廁、洗澡、平地行走、穿脫衣褲鞋襪、勝任個人衛生、自行上下樓梯、正常的大便自我控制及小便自我控制。或是無法完成工具性日常生活功能，即個人無法執行與環境有互動的活動，包括自行上街購物、外出活動、烹調食物、維持家務、洗衣服、具備使用電話的能力、自行服用藥物以及處理財務能力。

Pastalan (1990)提出的在地老化的概念是指當人們面臨因不可抗力因素(例如健康狀況惡化、喪偶或失去收入...等)而造成生活變化且需要更多支持、協助的情況下，他們仍然希望能夠持續住在原本的住家直到終老。Lee (2008)的研究指出，在地老化是失能者自我決定生活環境的選項之一，同時也可以增加失能者日常生活功能的獨立性。De Jonge, Jones, Phillips and Chung (2011)的研究也顯示在地老化可以讓年長者享受在家裡的樂趣，同時促進他們繼續從事有價值的職能角色，增加他們的自理能力和社交能力。然而，從實務面來看，每當家庭有成員失能時，其他的家庭成員往往會在照顧工作上承受生理、心理或經濟上相當大的負擔。在傳統的大家庭結構中，失能的人可以在地老化，因為為數眾多的親人可以協助他們。隨著出生率下降和人口老化，傳統家庭的照顧功能逐漸下降，在地老化就變得越來越遙不可及。此時，失能者的家人往往陷入是要讓失能者繼續留在他們所熟悉的家中，還是讓失能者入住長期照護機構?兩難的抉擇。相關的研究也顯示，大多數人都喜歡生活在自己熟悉的社區並且住在自己家裡，但往往受限於家庭的醫療及照顧條件無法滿足失能者的需求，而無法在地老化(Lee, 2008; Vu et al., 2013; Iecovich, 2014)。因此，居家式服務的介入，是關係著失能者能否留在家中的重要因素。

台灣過去在長照服務方面呈現多頭馬車，包括衛生福利部、內政部及國軍退除役官兵輔導委員會各自依不同的法源如：護理人員法、老人福利法、身心障礙者權益保護法、精神衛生法…等，各自發展和管理所屬的長照服務體系。近年來，政府基於對人權的重視、因應少子化及人口逐年老化所造成失能者長期照顧需求的增加、改善家庭照顧功能式微所衍生的照護問題，以及實現在地老化的政策目標，積極地建構更完善的長照體系。行政院自民國 96 年即核定實施「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫(96-105 年)」，分階段性地推動長期照顧計畫、建置長照服務網、制定長照服務法以及規劃推動長照保險。民國 104 年 5 月 15 日立法院(民 104)通過攸關我國長照的發展的「長期照顧服務法」(簡稱長照服務法)，總統並於民國 104 年 6 月 3 日令公布實施。依據長照服務法，行政院於民國 105 年 9 月 29 日通過了「長照十年計畫 2.0」，並於民國 106 年 1 月 1 日實施。

長照服務是多面向的服務，包括居家復能服務、送餐、環境清潔、個人清潔、交通接送…等，而居家復能服務是「長照十年計畫 2.0」中非常重要的一部分，在長期照顧十年計畫 2.0 中的居家復能服務，是整合在長期照顧十年計畫中為居家復健(包括居家職能治療、居家物理治療)和居家護理兩個項目。居家復能服務的主要目的是對面臨因老化或疾病…等因素且需要面對自身功能衰退威脅的國民，在有限的時間內，以人為本，以家庭為基礎，透過醫事人員的介入，讓失能者能自在地去做想做的活動，重返日常生活中最有意義的活動，從不能變可能，提高其生活品質，降低了整體的照護成本。在醫事人員的協助下，居民可以持續留在家中或重返工作場所，做他們想做的事。Hjelle et al. (2017)指出，居家復能服務著重在失能者日常生活中最有

意義的活動，目標導向和專業團隊合作。透過適當的介入，盡可能恢復其信心，幫助失能者恢復他們獨立生活的能力。為了實現這一目標，醫事人員必須了解失能者的生命故事，考慮失能者的身心狀況，社會參與能力，家庭成員的支持力以及所生活環境的合宜性。透過積極地與失能國民及其家屬溝通，了解個案實際的需求，建立共同努力達成的目標，提供適當的治療方案，整合相關資源，來改善個案及其家庭所面臨的困境。

依據衛生福利部(民 105a)在「長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年核定本)」中指出，依據行政院主計總處民國 99 年的戶口普查資料顯示，65 歲以上國民的長照需求率為 12.7%，依此推估，民國 107 年底總人口數 23588932 人，65 歲以上國民的人口比率為 14.56%，推估 65 歲以上國民需要長期照顧人數約為 436187 人。然而，從衛生福利部統計處(民 108)的高齡及長期照顧統計顯示，民國 106 年使用居家服務人數為 56056 人，到了民國 107 年使用居家服務人數為 96522 人。使用居家服務總人數雖有明顯的成長，與 65 歲以上國民需要長期照顧推估人數相比，約占 22.13%，如果再加上 65 歲以下的失能國民，居家服務的整體使用率更低。我們針對造成實際使用居家服務人數與需要長期照顧服務的推估人數之間存在顯著的落差的可能因素去加以探討。從長照服務的供給量來看，長照服務人力的不足是關鍵因素，依據毛慧芬、紀彥宙、吳淑瓊(民 96)針對長照人力需求的研究中指出，台灣未來可以執行居家復能服務的職能治療師人數，將無法滿足人力需求低推估所需。衛生福利部(民 105b)的「2025 年健康與福利政策白皮書」中也提出，依照民國 103 年長期照護資源盤點表推估，民國 105 年主要參與居家復能服務的醫事人員包括護理人員、物理治療師、職能治療師…等的人力缺口約八千多人，如果加上其他居家服

務人員，人力缺口超過四萬人。由上述資料顯示，醫事人員人力不足確實會造成服務供給的不足問題，為了提升服務供給量，除了培育更多有志於長照服務的醫事人員外，在人力未補足前如何提升現有的醫事人員參與居家復能服務的意圖就更顯重要。從失能者接受長照服務的角度去思考，除了服務供給量不足外，也必須了解影響失能者接受長照服務的意圖的可能因素。

計畫行為理論是社會心理學中著名的行為心理學理論之一，該理論提供了一個重要的理論框架來研究個體為何會在特定時間或地點去參與或執行特定行為。計畫行為理論被廣泛應用於職業選擇、消費者行為、科學信息、知識管理、醫療保健…等方面的研究(Steinmetz et al., 2016)。Ajzen (1985)指出，個人在特定時間和地點執行特定行為的意圖會受個人的態度、主觀規範和知覺行為控制所影響。態度是指人們從他們過去的經驗、認知和情感來評價從事特定的行為對他們是否有益。主觀規範是指人們在從事特定的行為時，來自社會的壓力例如媒體、網路、家人及親友…等的意見對其執行特定行為意圖的影響程度。知覺行為控制是指人們完成某種特定行為的能力程度。

本研究以計畫行為理論為基礎來探討態度、主觀規範和知覺行為控制這三個決定因素對醫事人員參與居家復能服務的意圖以及失能者接受居家復能服務的意圖的影響外，針對醫事人員參與居家復能服務的意圖研究，我們還增加社會責任(Social Responsibility)為其變數。而社會責任的概念著重在政府、公司、機構或個人除了要遵守法律外，還要為確保、保護和促進社會的公共福利做出貢獻，致力於從事對社會有益的事物或行為(Dharamsi, Ho, Spadafora & Woollard, 2011)。而醫事人員如果能將參與政府所辦理的居家復能服務視為是專業善盡社會責任的表現，自然會對其參與居家復能服務的意圖造成影響。

近年來，從國內外與居家復能服務相關文獻發現，多數的研究，主要針對居家復能服務對失能者的疾病、日常生活功能及活動參與的實質效益以及醫事人員的角色定位和工作要點。例如 Ishibashi et al. (2013)的研究結果也肯定，透過醫事人員的介入，有助於提升失能者的社會參與，改善他們繭居(Homebound)的狀況。Musich et al. (2015)的研究結果顯示，若無居家醫事人員的介入，繭居的失能者在醫療保健利用率和支出明顯增加，依照醫囑服用藥物的可能性更低。Metzelthin et al. (2018)的研究也指出，居家復能服務能讓長者在家中保持活躍，增加其健康及幸福感。Hjelle, Skutle, Alvsvåg and Førland (2018)的研究明確地將居家復能服務中的醫事人員對失能者的角色定位為諮詢和監督，主要規劃，調整和追蹤介入服務計畫並派任照顧服務員和監督其執行居家服務的成效。國內相關的研究，也肯定居家復能服務對失能者的助益，並藉由相關執行經驗分享，希望未來能發展出更優質的居家復能服務(李宜玲、胡名霞，民 102；許志民、李怡靜、張珮玥、陳立奇、李宜玲，民 107；李世代、曹昭懿、胡名霞，民 107)。由文獻蒐集整理的結果發現，目前尚無學者運用計畫行為理論來探討醫事人員參與居家復能服務的意圖以及失能者接受居家復能服務的意圖的研究，但這是攸關政府推動居家復能服務的政策效益能否提升，失能者能否獲得更好的生活品質的重要議題。因此，本研究以計畫行為理論為基礎來探討這個議題。在醫事人員參與居家復能服務的意圖的研究方面，是以問卷調查方式進行，問卷發放的對象為雲林、嘉義市和嘉義縣參加居家復能服務的醫事人員。會選擇這些地區，因為它們是典型的農業和工商服務業綜合的縣市，人口老化較嚴重，依據內政部戶政司(民 108)的人口統計資料，民國 107 年底雲林縣、嘉義市和嘉義縣的 65 歲以上老年人口佔總人口比率分別為

18.01%、14.79%和 19.06%，高於民國 107 年底台灣的平均值 14.56%。特別是嘉義縣是台灣老年人口比例最高的地區。因人口快速的老化，相對的，居家復能服務的需求也快速增加。在失能者接受居家復能服務的意圖的研究，是以提供嘉義市和嘉義縣居家復能服務的「社團法人嘉義市職能治療師公會」所提供居家復能服務資料庫中的資料來進行分析。本研究的結果可以提供政府做為招募及留住更多優秀的醫事人員來參與居家復能服務的參考，同時可以提升居家復能服務的使用率，讓更多有需要接受居家復能服務的失能者獲得服務。

## 1.2 研究目的

如何讓政府推動居家復能服務的美意能夠落實，需要從服務的供給面及消費端來著手。從供給面來看，如何鼓勵更多的醫事人員來參與，提升居家復能服務的服務能量，就需要深入了解影響醫事人員參與居家復能服務的意圖的可能因素及其影響程度。相對的，如何讓失能者認同居家復能服務，也需要了解影響失能者接受居家復能服務的意圖的可能因素及其影響程度。因此，本研究的目的如下：

1. 以計畫行為理論為基礎，增加社會責任為其變數，來研究醫事人員的社會責任、態度、主觀規範及知覺行為控制和參與居家復能服務的意圖之間的關係。
2. 以計畫行為理論為基礎，來研究失能者的態度、主觀規範及知覺行為控制和失能者接受居家復能服務的意圖之間的關係。
3. 研究的結果能提供政府推動長照服務參考，透過政府政策的擬定，招募及留住更多優秀的醫事人員來參與服務，同時讓更多有需要接受居家復能服務的失能者獲得服務。

### 1.3 研究流程

研究流程如圖 1.1 所示，首先，我們確立了本研究的動機與目的，並從相關居家復能服務的文獻回顧中，彙整出本研究之理論基礎與研究概念，並依據相關文獻建構出居家復能服務的研究架構，確立各變數間關係，建立本研究的研究假設。在醫事人員參與居家復能服務的意圖部分，本研究依據相關文獻設計出研究問卷。問卷的發放採立意抽樣方式，進行資料的蒐集，發放對象針對雲林縣、嘉義市和嘉義縣參加居家復能服務的醫事人員。在失能者接受居家復能服務的意圖部分，本研究獲得「社團法人嘉義市職能治療師公會」核可，從該公會的居家復能服務資料庫中獲得樣本資料，並將該上述資料分別進行分類歸納，接著進行相關統計分析，最後作成研究結論與建議。

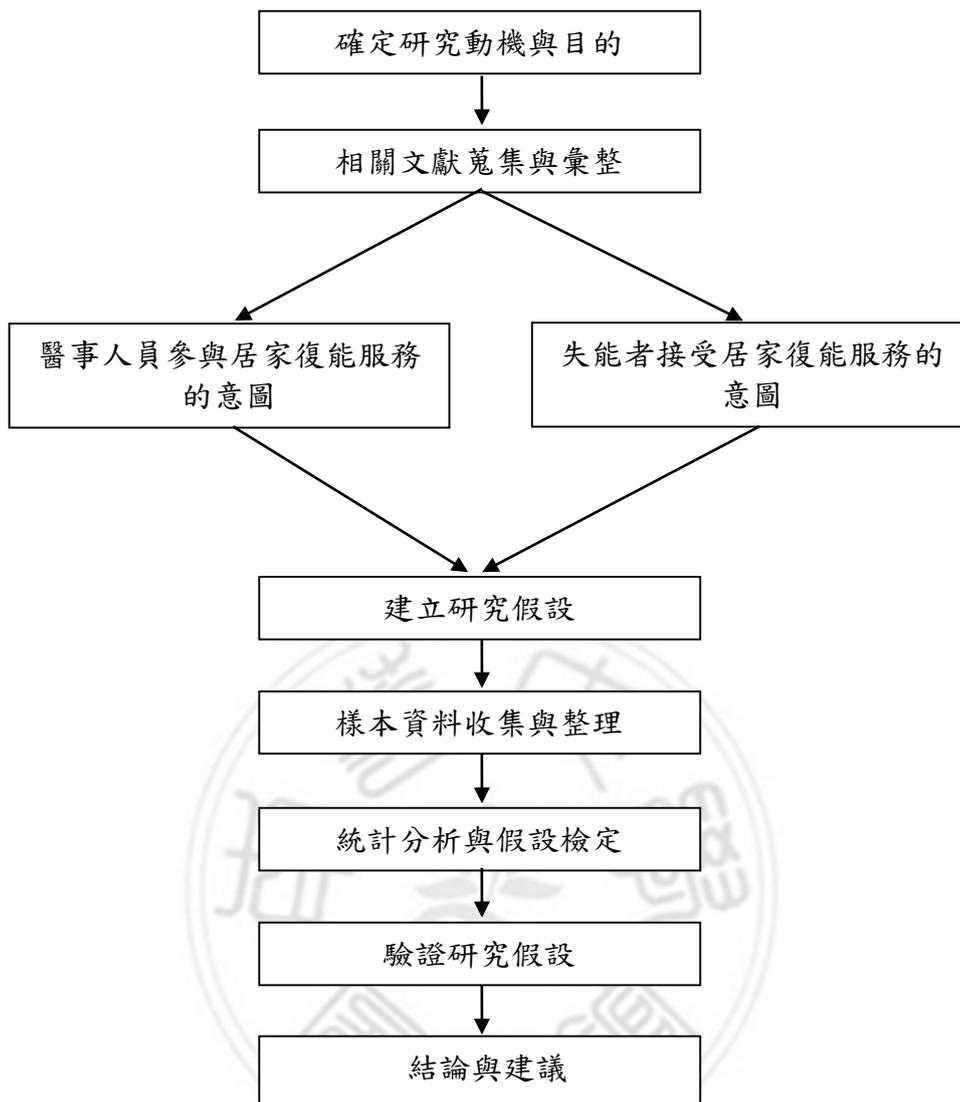


圖 1.1 研究流程圖

資料來源:本研究整理

## 第二章 文獻探討

本研究主要探討醫事人員參與居家復能服務的意圖及失能者使用居家復能服務的意圖，透過相關文獻探討，有助於研究架構與研究假設的建立。在本章的第一節主要歸納整理有關居家復能服務的文獻，來闡述有關居家復能服務的內涵，我國執行居家復能服務醫事人員的資格及居家復能服務與復健治療的差異。第二節主要探討的內容是計畫行為理論。第三節主要探討的是社會責任。

### 2.1 居家復能服務

居家復能服務是醫事人員在有限的時間內，以人為本，以家庭為基礎對提升失能者日常生活功能的一種介入性服務。居家復能服務與復健治療最大的差異在於復健治療著重在增進內在能力，主要包含個案的生理及心理功能的提升，而居家復能服務強調提升個案的功能性能力，亦即運用既有的能力來增進或維持個案能在所處環境中的獨立自主，讓個案將可執行其認為重要、有價值及有意義的日常生活活動。從國內外與居家復能服務相關文獻發現，居家復能服務的實質效益以及醫事人員的角色及工作要點是多數研究關注的要點，關於居家復能服務效益部分，Mountain and Craig (2011)的研究指出，從四位失能者接受為期八個月生活模式的介入研究中發現，四位參與者都能夠重新建構他們的經驗，發展解決問題的技能並體驗到更好的自我效能，同時能改善其生活品質。Aspinal et al. (2016)的研究中指出。居家復能服務是具有良好效益的一種整合性方法，目的在結合有照顧實務經驗的相關專業人士、失能者的家庭共同合作，來提升失能者日常活動功能。部分學者的研究也指出，居家復能服務能有效的結合相關資源，鼓勵

居民在健康狀況不佳時，盡可能的恢復獨立生活，並幫助失能居民盡可能延長留在自己的家中的時間(Lai et al., 2009; Littlechild, Bowl & Matka, 2010; Tuntland et al., 2015; Hjelle et al., 2018)。關於醫事人員的角色及工作要點部分，Bontje, Asaba, Tamura and Josephsson (2012)的研究，建議醫事人員對於剛從醫院回到家個案，在介入的過程中，著重在盡可能地協助失能者選擇適合他們目標，做正確的事，促進適應性反應來調和依賴和從日常生活的訓練過程中提振個案身體和精神的能量，讓失能者變得更有活力。關於提供居家復能服務過程中應該考量的事項，Aplin, de Jonge and Gustafsson (2015)的研究指出醫事人員在提供居家環境改造的建議前，須考量個案及其家屬過去無障礙設施及設備的使用經驗及個案實際需求。Moe, Ingstad and Brataas (2017)指出以家庭為基礎的治療著重在目標導向和以人為本的溝通，醫事人員需要具備專業的知識、技能、態度和良好的溝通技巧，能引導個案設定合適目標，朝目標努力。Hjelle, Skutle, Alvsvåg and Førland (2018)的研究明確地將居家復能服務中的醫事人員的角色定位為顧問和督導，主要工作包括規劃、調整和追蹤介入服務計畫並派任照顧服務員和監督其執行居家服務的成效。對於照顧服務員的角色定位為私人教練的角色，主要職責是鼓勵和建議失能者勇於從事往常的日常活動，並且讓失能者在活動過程中感受到安全感。

就居家復能服務的目標，依據衛生福利部(民 108)長照復能服務操作指引中的定義，居家復能服務主要依據失能者目前的功能性能力和生理狀況，透過建置一個安全的環境，讓失能者能透過每日、密集式的練習，去執行個人認為有價值、有意義的活動，累積成功經驗，建立失能者的信心，增加日常生活的獨立性，讓失能者盡可能留在家裡，活躍的參與社交和社會活動，延後或不用去長照機構，達到「在

地老化」的目的。

居家復能服務的服務內容包括失能者的日常活動的設計和安排、健康管理的指導、好的生活習慣建立和維持、提供情緒化行為的諮詢、身體功能訓練和維持以及輔助設備的使用訓練。護理人員的指導內容主要著重在失能者日常的照護技能的監督和培訓。醫事人員應幫助失能者的提高自我獨立的動機，增強其能力和信心，減少對照護的需求。經由醫事人員的訓練，讓失能者可以有效地執行和參與日常活動。這樣，他們的生活品質就能獲得提升。

根據衛生福利部(民 107)「長期照護專業服務手冊」的公告，以及衛生福利部(民 106a)公佈的「長期照護服務人員培訓認證，繼續教育和登記方法」，執行居家復能服務的資格是具證照的醫事人員包括醫生，職能治療人員，物理治療人員，語言治療師，護理人員和其他醫療人員。相關醫事人員必須先完成長期照顧服務培訓的課程並通過測驗，才能提供服務。

## 2.2 計畫行為理論

計畫行為理論是從理性行為理論演變而來的(Fishbein & Ajzen, 1975)，理性行為理論假設「個體是否採取特定行為」完全由自己來控制，忽略了許多外部因素影響的程度。事實上，個人行為通常並非完全是自願的。除了態度和主觀規範之外，計畫行為理論還增加了「知覺行為控制」的變項，這是指個人依據個人的過去經驗和可預期的障礙來感知完成行為的難易程度(Ajzen, 1985)。過去的研究顯示，運用計畫行為理論作為研究工具，可以理解實際上影響員工受僱與留任意願的因素，並可作為提高招募和留住優秀員工的參考依據(Ko et al., 2004; Fort, Pacaud & Gilles, 2015; Greyling, 2016)。近年來，有許多學

者應用計畫行為理論作為研究民眾參與或接受相關醫療保健、公共衛生、長期照顧…等行為意圖的研究(Close, Lytle, Chen & Viera, 2018; Haydon, Obst & Lewis, 2018; Tseng et al., 2018)。

理性行為理論(Fishbein & Ajzen, 1975)認為意圖是預測行為良好的變數。計畫行為理論中也指出，意圖決定一個人是否願意特定時間和地點執行某一特定行為的傾向程度，當一個人的意圖越高，自然地就更有意願去努力執行想要做的行為。而意圖會受態度、主觀規範和知覺行為控制三個變數所影響(Ajzen, 1991)。其數學式如下：

$$I = \beta_1 A + \beta_2 SN + \beta_3 PBC$$

I: 個人執行某一特定行為的意圖。

A: 態度。

SN: 主觀規範。

PBC: 知覺行為控制。

$\beta_1$ 、 $\beta_2$ 、 $\beta_3$ : 經過資料分析所獲得的標準化的複迴歸係數。

所謂態度是指個人整合認知、過去的經驗及情感對即將執行某一特定行為的內在評價，也是個人對即將執行某一特定行為的決策評估。換句話說，就是如果我這樣做，對我有什麼好處？相關研究指出，態度是個人對執行某一特定行為的正向或負向評價，會直接影響其執行某一特定行為的意圖，影響的範圍可能從非常正面的接受到非常負面的拒絕(Blackwell, Miniard & Engel, 2001; Ajzen, 2006)。Ajzen (1991)的研究提出，態度是個人的行為傾向的指標，是個人對特定人、事、物的看法。態度也是每一個行為信念(Behavioral Belief)和結果的評價(Outcome Evaluation)的乘積函數之總和。所謂的行為信念，是指個人

所理解執行某一特定行為後會造成的結果。結果的評價，是指個人所理解執行該特定行為後所產生的結果對於自己的影響程度。其數學式如下：

$$A = \sum_{i=1}^n b_i * e_i$$

$A$ : 態度，指個人對於某一特定行為喜歡或不喜歡的感覺。

$b_i$ : 特定某一特定行為, 產生對某*i*項的行為信念。

$e_i$ : 個人對第*i*項結果的評價。

主觀規範是用來衡量來自社會壓力對個人執行某一特定行為決策上的影響程度(Ajzen, 1991)，換言之，當個人在抉擇是否執行某一特定行為時，如果影響其決策的對象越支持該特定行為，則個人越可能去執行該特定行為，而所謂的影響決策對象可能來自網路、大眾媒體、家人、親戚、朋友…等。主觀規範的衡量，是由個人的規範信念(Normative Belief)及依從動機(Motivation to Comply)的乘積函數總和所構成。所謂規範信念，指的是個人感受來自影響其決策的對象對他即將執行某一特定行為決策的認同程度。而依從動機，是指的是個人在是否執行某一某特定行為時，個人對於影響其決策對象所提供意見的依從程度。其數學式如下：

$$SN = \sum_{i=1}^n n_i * m_i$$

*SN*: 主觀規範，指的是個人對於是否執行某一特定行為時，所感受到的社會壓力。

$n_i$ : 個人感受第  $i$  個影響其決策對象認同他即將執行某一特定行為決策的規範信念。

$m_i$ : 個人依從第  $i$  個影響其決策對象的動機。

所謂知覺行為控制是指行為者對執行某一特定行為難易度的認知(Ajzen, 1991)。換言之，當個人要去執行某一特定行為時，對於所需要的機會與資源掌控能力的內在評價。當個人依過去的經驗，對於即將執行某一特定行為進行評估時，如果自己所擁有的資源與機會越多、可預期的阻礙越少時，則執行該特定行為的可能性越高。知覺行為控制的衡量，是由所需要的控制信念(Control Belief)及知覺促成條件(Perceived Facilitation)的乘積函數總和所構成。控制信念，指的是個人評量即將執行某一特定行為時，對其所擁有的資源和機會的控制程度。知覺促成條件，指的是個人認為所需要的資源、機會對即將執行某一特定行為的影響程度。其數學式如下：

$$PBC = \sum_{i=1}^n c_i * p_i$$

*PBC*: 知覺行為控制，指的是個人在執行某一特定行為時，對於所需要的機會與資源的控制能力。

$c_i$ : 個人覺得會影響其執行某一特定行為時的第  $i$  個控制信念。

$p_i$ : 個人覺得第  $i$  個即將執行某一特定行為所需要的資源、機會的影響程度。

## 2.3 社會責任

Carroll (1991, 1999)的研究顯示，社會責任的定義會隨時間推移而有所變化。早期的社會責任概念是商業組織為本身的長遠的發展，而投入慈善活動。到了今天，組織除了考慮其業務行為的適法性，財務和經營狀況外，還關注與社會和自然環境有關的問題。社會責任的概念包含四個組成部分。首先，經濟責任，建立組織獲利的是基礎。其次，法律責任，即遵守法律，因為法律是社會的對與錯的基準。第三，道德責任，這是避免或最小化對利益相關者(包括員工，消費者，環境和其他人)的傷害的義務。最後是慈善責任，即組織在沒有社會大眾的壓力下，依據自己的能力及意願，無條件對社會的付出，主動積極地從事社會公益。陳宜民、鍾道詮(民 91)的研究指出，所謂的社會責任，源自於自發性的動機與理念所產生行為，其目的是為了提高生活品質，創造一個更好的社會及對更廣泛的人群與社會帶來正面的影響。Dharamsi, Ho, Spadafora and Woollard (2011)的研究指出，社會責任的基本觀點是除了尊重個人權利，而且還涉及個人如何能夠為社會的共同利益做出貢獻。Bondy, Moon and Matten (2012)的研究也提到所謂社會責任著重在政府、公司、機構或個人除遵守法律和經濟利益的考量之外，還致力於從事對社會有益的事物或行為。教育部目前積極推動的大學社會責任實踐計畫(University Social Responsibility, USR)，就是公部門實踐社會責任的最佳範例(教育部，民 106)。該計畫希望由學校的老師帶領學生在學校所處的區域內從事包括在地關

懷、產業鏈結、永續環境、食品安全與長期照護和其他社會實踐等議題，去發掘地方實際執行上所面臨的困境，擬定解決方案再結合在地的力量去協助地方解決問題，落實大學的社會責任。

Rupp et al. (2006)的研究指出，員工對其受僱的組織是否落實社會責任的努力會影響他們對該組織的情感、態度和行為。Bashir, Hassan and Cheema (2012)的研究顯示，組織參與實踐社會責任的活動將正向影響員工對組織的信任、歸屬感、工作滿意度和提升績效的態度，也會影響員工留任意願。Duarte et al. (2014)的研究也指出，員工對聘任他們的組織參與實踐社會責任的投入程度，會影響員工對該組織的留任態度和意圖。Brammer, He and Mellahi (2015)針對西班牙電信部門的專業工作者的研究中發現，組織落實社會責任會正向影響員工的態度和工作行為。

研究發現，除了提供更多元的職涯發展機會和員工福利之外，組織落實社會責任的觀念可能已經成為可吸引最多及最佳人才的策略之一(Leveson & Joiner, 2014; Ersoy & Aksehirli, 2015; Klimkiewicz & Oltra, 2017)。雖然 Dawkins et al. (2014)的研究顯示，員工對社會責任的內在評價，會因文化差異而影響其工作選擇，但相關文獻也讓我們了解了企業是否落實其社會責任，確實會對員工在工作選擇上產生影響。相關研究結果顯示，落實社會責任的組織，能增強人才至該組織求職的意圖(Wang, 2013; Prihatiningsih, Syaebani & Devina, 2017; Kumari & Saini, 2018)。

近年來，相關文獻指出，員工對組織是否落實社會責任的評價會影響他們的工作效率和留任意願(Ghosh & Gurunathan, 2014; Yoo & Chon, 2015; Yoon & Lee, 2016)。很多學者的研究也指出，組織的社會責任著重在提供資源，以改善社區的生活品質，相對地，也能提升該

組織員工對社會責任的內在評價，增強他們的績效、參與度和留任的意圖(Cheng, Lee & Chen, 2014; Yilmazdogan, Secilmis & Cicek, 2015; Lin, Lin, Liu & Liu, 2017; Low, Ong & Tan, 2017)。

在本研究中，「社會責任」的構面著重在探索醫事人員是否將參與居家復能服務視為專業的社會責任，以及其對醫事人員參與服務和留任意圖的影響。



# 第三章 研究方法

在本章節中，依據研究背景與動機、研究目的、研究流程以及相關文獻探討，建立起研究架構及研究假設。同時闡述本研究中的研究變數之操作型定義、問卷設計、研究對象之抽樣方法及資料分析方法，詳細說明如下。

## 3.1 研究架構

本研究依據相關文獻探討，以計劃行為理論之概念為基礎，據以建構本研究之架構，在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖部份，自變數包括社會責任、態度、主觀規範和知覺行為控制四個變數，依變數為意圖。在探討失能者接受居家復能服務的意圖部份，自變數包括態度、主觀規範和知覺行為控制三個變數，依變數為意圖。如圖 3.1 和圖 3.2 所示。

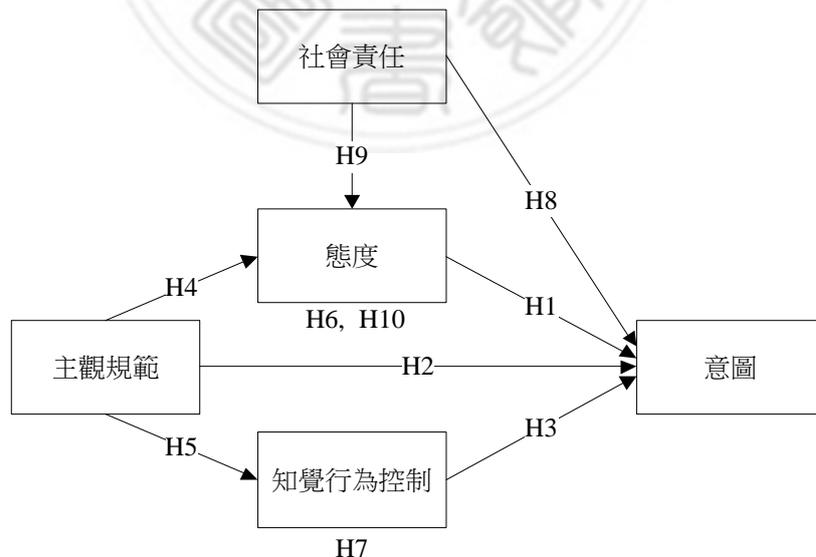


圖 3.1 醫事人員參與居家復能服務的意圖之研究架構圖  
資料來源:本研究整理

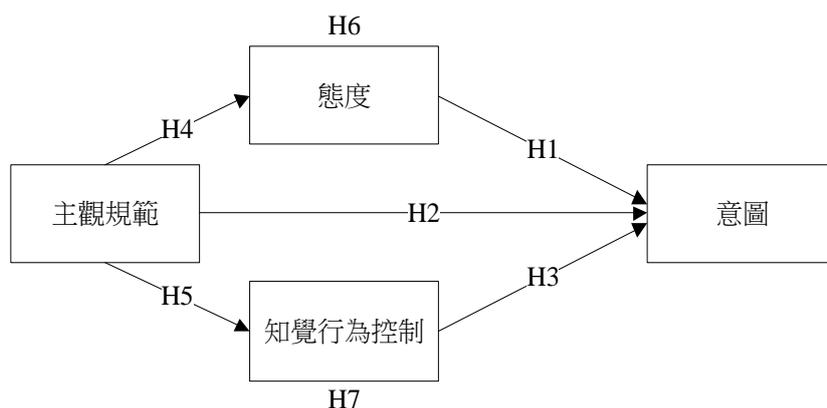


圖 3.2 失能者接受居家復能服務的意圖之研究架構圖  
資料來源:本研究整理

### 3.2 研究假設

依據圖 3.1 的研究模型，探討醫事人員參與居家復能服務的意圖，共有十個研究假設如下：

- H1: 醫事人員的態度正向影響其參與居家復能服務的意圖。
- H2: 醫事人員的主觀規範正向影響其參與居復能服務的意圖。
- H3: 醫事人員的知覺行為控制正向影響其參與居復能服務的意圖。
- H4: 醫事人員的主觀規範正向影響其參與居家復能服務的態度。
- H5: 醫事人員的主觀規範正向影響其參與居家復能服務的知覺行為控制。
- H6: 醫事人員的態度在其主觀規範和意圖之間具有中介效果。
- H7: 醫事人員的知覺行為控制在主觀規範和意圖之間具有中介效果。
- H8: 醫事人員的社會責任正向影響其參與居家復能服務的意圖。
- H9: 醫事人員的社會責任正向影響其參與居家復能服務的態度。
- H10: 醫事人員的態度在其社會責任和意圖之間具有中介效果。

在探討失能者參與居家復能服務的意圖，依據圖 3.2 的研究模型共七個研究假設如下：

- H1: 失能者的態度正向影響其接受居家復能服務的意圖。
- H2: 失能者的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的意圖。
- H3: 失能者的知覺行為控制正向影響其接受居家復能服務的意圖。
- H4: 失能者的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的態度。
- H5: 失能者的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的知覺行為控制。
- H6: 失能者的態度在其主觀規範和意圖之間具有中介效果。
- H7: 失能者的知覺行為控制在主觀規範和意圖之間具有中介效果。

### 3.3 問卷設計與研究變數之操作型定義

本研究以發放問卷方式來探討醫事人員參與居家復能服務的意圖。對於失能者使用居家復能服務的意圖部分，礙於個案資料保護法，僅能取得居家復能服務的服務提供單位的次級資料來做分析。問卷題項的設計及次級資料題項的分析是根據相關文獻的概念建立的，為了確保問卷內容具有全面性、代表性及適當性，在研究問卷的設計及次級資料題項的分析時，加入了兩位經驗豐富的職能治療師，一位資深護理督導，一位經驗豐富的物理治療師和一位專家學者所提供的專業意見後所擬定，衡量題項已能涵蓋了居家復能服務的構面性質及該服務的特性，因此，本研究的問卷及次級資料題項的分析是具有內容效度。

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖部分，研究的問卷包含二大部分，第一部分是要請受測的醫事人員在參與居家復能服務後請依據實際情況或感受，來回答問題。合計有 51 個問題，涵蓋企業社

會責任、態度、主觀規範、知覺行為控制及意圖等五個構面。第二部分主要為收集人口統計資料，內容包括性別，年齡，婚姻狀況，教育程度，專業別，執業場所，工作資歷和往返交通方式等八個項目。

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖的第一部分的第一個研究構面為社會責任，主要希望了解醫事人員對企業社會責任的看法及醫事人員是否認為參與居家復能服務是該專業承擔社會責任的表現。在社會責任構面的題項是參考 Sen, Bhattacharya and Korschun (2006), Cheng, Lee and Cheng (2014), Hsieh et al. (2016)的研究，設計了「社會責任」構面的六個題項。如表 3.1 所示。

表 3.1 醫事人員社會責任構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.我覺得醫事人員善盡社會責任對該專業的生存是非常重要的。	Sen, Bhattacharya and Korschun (2006)
2.我覺得醫事人員參與居家復能服務是一種專業善盡社會責任的表現。	Cheng, Lee and Cheng (2014) Hsieh et al. (2016)
3.我覺得各醫療專業能否為大眾所認同，取決於該專業所承擔社會責任的程度與範圍。	
4.我覺得醫事人員必須重視社會責任更甚於重視獲利。	
5.我是一個關心醫療專業必須善盡社會責任的人。	
6.就自己的醫療專業來說，投入居家復能服務是重要的。	

資料來源:本研究整理

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖的態度構面部分，因態度是整合個人認知、經驗及情感對執行某一特定行為的內在評價，也是個人對執行某一特定行為的決策評估。在本研究中主要希望了解醫事人員參與居家復能服務行為的決策評估。「態度」構面的題項是參考 Blackwell, Miniard and Engel (2001), Ajzen (2006), Sen, Bhattacharya and Korschun (2006), Jin et al. (2011)的研究而設計出「態度」構面十五個題項。如表 3.2 所示。

表 3.2 醫事人員態度構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.參與居家復能服務、可以增進我的臨床經驗。	Blackwell, Miniard and Engel (2001)
2.參與居家復能服務過程、可以增進我的溝通能力。	Ajzen (2006)
3.居家復能服務的工作環境是很有挑戰性的。	Sen, Bhattacharya and Korschun (2006)
4.參與居家復能服務，讓我認識多元的社會價值觀。	Jin et al. (2011)
5.參與居家復能服務，能增加我的收入。	
6.因長期照顧管理中心的妥善規劃、所以在執行居家復能服務的過程很順利。	

資料來源:本研究整理

表3.2 醫事人員態度構面衡量題項表(續)

題項	參考文獻
7.因管理及派案人員的妥善規劃、所以在執行居家復能服務的過程很順利。	Blackwell, Miniard and Engel (2001) Ajzen (2006)
8.醫事人員參與居家復能服務可以增加社會大眾對該專業的認識。	Sen, Bhattacharya and Korschun (2006) Jin et al. (2011)
9.政府給付醫事人員的居家復能服務費用是合理的。	
10.醫事人員參與居家復能服務的文書作業流程是簡便的。	
11.個案的日常生活功能獲得改善、讓我覺得很有成就感。	
12.個案的生活品質提升、讓我覺得很有成就感。	
13.我覺得參與居家復能服務，讓我的生活過得很充實。	
14.個案及家屬對居家復能服務成效的肯定、讓我覺得很有成就感。	
15.我覺得參與居家復能服務，讓我感到心情愉悅。	

資料來源:本研究整理

陳睿俊等人(民 106)的研究指出，主觀規範是個人執行某一特定行為時，重要的他人、大眾媒體、網路或團體對個體之影響，同時也

隱含著個人從事某行為所預期到，來自重要同儕或團體的社會壓力。在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖研究中的「主觀規範」構面是探討大眾媒體、網路、家庭成員、親屬、朋友和其他人對醫事人員參與居家復能服務決策的影響。問卷題項主要參考 Ajzen (2006), Schiffman and Kanuk (2000), Jin et al. (2011), Dawkins et al. (2014)的研究，設計了「主觀規範」構面七個題項。如表 3.3 所示。

表 3.3 醫事人員主觀規範構面衡量題項表

題項	參考文獻
1. 電視新聞或節目報導會影響我參與居家復能服務的意願。	Ajzen (2006) Schiffman and Kanuk (2000)
2. 政府長期照顧服務政策的會影響我參與居家復能服務的意願。	Jin, et al. (2011) Dawkins et al. (2014)
3. 網路上的討論會影響我參與居家復能服務的意願。	
4. 我會因其他醫事人員的推薦或邀請，而參與居家復能服務。	
5. 家人的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	
6. 親戚的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	
7. 朋友的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	

資料來源：本研究整理

Ajzen (1985, 1991)認為，知覺行為控制是指個人對執行某一特定行為時的難易程度的認知。個人依據過去的經驗和預期未來可能會遇到的阻礙，審視自己所能掌控的機會或資源，執行某一特定行為時的難易程度的評估。在本研究中，「知覺行為控制」構面主要想了解醫事人員參與家居復能服務對其時間運用、健康狀況、專業能力和處理外部資源的能力。「知覺行為控制」構面的十四個題項，主要參考 Taylor and Todd (1995)以及 Ajzen (2006), Jin et al. (2011), Dawkins et al. (2014)的研究所設計而成的。如表 3.4 所示。

表 3.4 醫事人員知覺行為控制構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.我有足夠的時間來參與居家復能服務。	Taylor and Todd (1995) Ajzen (2006)
2.我有足夠的體力來完成居家復能服務。	Jin et al. (2011) Dawkins et al. (2014)
3.我有足夠的專業能力來完成居家復能服務。	
4.我有足夠的抗壓性來完成居家復能服務。	
5.我有足夠的危機處理能力來完成居家復能服務。	
6.我有足夠的親和力能友善的提供居家復能服務。	
7.我能在工作及個人生活上取得平衡。	
8.我能自行處理執行居家復能服務往返的交通問題。	

資料來源:本研究整理

表3.4 醫事人員知覺行為控制構面衡量題項表(續)

題項	參考文獻
9.我能依個案的需求，準備用於執行居家復能服務所需的儀器或設備。	Taylor and Todd (1995) Ajzen (2006)
10.我能即時連結其他專業來提供個案所需的服務。	Jin et al. (2011) Dawkins et al. (2014)
11.我能依個案的需求，提供即時的衛教及諮詢。	
12.我能依個案需求調整執行居家復能服務的策略與方法。	
13.我能配合個案來調整執行居家復能服務的時間。	
14.我能配合個案的需求，調整執行居家復能服務的地點。	

資料來源:本研究整理

Ajzen (1991)指出，意圖是個人執行某一特定行為之前主觀判斷，意即反映一個人要執行某一特定行為之意願或動機，亦即個人對執行某一特定行為的意圖越強烈，則去執行該行為的可能性越高。在本研究中，「意圖」構面主要是想了解醫事人員能否排除一切困難的意願，來參與居家復能服務，甚至引發起他們的創業意圖。而「意圖」構面的九個題項，主要是參考 Zeithaml, Berry and Parasuraman (1996), Ajzen (2006), Sen, Bhattacharya and Korschun (2006), Jin et al. (2011)的研究所設計而成的。如表 3.5 所示。

表 3.5 醫事人員意圖構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.我願意將參與居家復能服務的好處推薦給其他醫事人員。	Zeithaml, Berry and Parasuraman (1996)
2.我願意將接受居家復能服務的好處推薦給其他有需要的個案。	Ajzen (2006)
3.爾後如果我收到與居家復能服務的相關活動資訊，我會主動參加。	Sen, Bhattacharya and Korschun (2006)
4.我願意犧牲自己的休息時間來參與居家復能服務。	Jin et al. (2011)
5.我願意自行採購執行居家復能服務所需的儀器或設備來提升服務效益。	
6.未來我願意持續參與居家復能服務。	
7.未來我願意參加各種類型的居家復能服務。	
8.我願意在網路上推薦參與居家復能服務的好處。	
9.我願意成為專職的居家復能服務醫事人員。	

資料來源:本研究整理

本研究的問卷採用 Likert 五點尺度量表，衡量受訪者對問卷題項是否同意。Likert 五點尺度量表中 1 分表示：非常不同意；2 分表示：不同意；3 分表示：普通；4 分表示：同意；5 分表示：非常同意。除此之外，本研究還設計了八個項目，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、專業別、執業場所、工作資歷和往返交通方式，以收集人口統計資料。

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖部分，為了消除模糊和不恰當的措辭，盡量減少受測者誤解，以及增加調查問卷的可靠性和

有效性，在發放調查問卷之前，進行了前測研究。本研究考量的有效樣本為實際參與居家復能服務的醫事人員，若採用簡單便利抽樣，較難篩選出有效樣本，為了符合居家復能服務研究的現況，本研究採立意抽樣法，透過相關公會、相關醫事人員…等的介紹及詢問，招募符合研究條件的受測者。本研究總計招募了 50 位參與居家復能服務的醫事人員受測，前測研究自 107 年 6 月 1 日進行到 107 年 6 月 30 日。

根據 Nunnally (1978)建議，如果題項的因素負荷量低於 0.5 的項目，同時該題項被刪除後的 Cronbach's  $\alpha$  值大於原構面的 Cronbach's  $\alpha$  值，則該題項應該被刪除。根據統計結果，本研究的前測研究所獲得的資料經信、效度檢測後，皆不須刪除任何題項，同時也確立問卷的內容。正式的調查問卷包含「社會責任」構面六個題項，「態度」構面十五個題項，「主觀規範」構面七個題項，「知覺行為控制」構面十四個題項和「意圖」構面九個題項以及包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、專業別、執業場所、工作資歷和往返交通方式共八個人口統計資料問項。

在探討失能者接受居家復能服務的意圖的研究中，我們以「社團法人嘉義市職能治療師公會」所提供居家復能服務資料庫中的次級樣本資料進行分析，進行分類歸納分析。就探討失能者接受居家復能服務的意圖的「態度」構面，主要是為了解失能者對接受居家復能服務的服務效益、專業性和感情的認知和評價。在態度構面的七個題項是以Blackwell, Engel and Miniard (2001)以及Ajzen (2006)的研究，作為題項設計的基礎。如表3.6所示。

表 3.6 失能者態度構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.居家復能服務可以減少照顧者的負擔。	Blackwell, Engel and Miniard (2001)
2.居家復能服務可以改善家庭成員間的關係。	Ajzen (2006)
3.居家復能服務符合失能者的真正需要。	
4.居家復能服務能維持失能者的自尊。	
5.醫事人員能連結相關資源。	
6.醫事人員的服務態度令人滿意。	
7.居家復能服務能改善生活品質。	

資料來源:本研究整理

主觀規範構面的主要為評估家庭成員、朋友、大眾傳播媒體和其他人的支持是否會影響失能者接受居家復能服務的意圖。「主觀規範」構面的五個題項以 Kanuk and Schiffman (2000), Ajzen (2006)的研究，作為題項設計的基礎。詳細內容如表 3.7 所示。

表3.7 失能者主觀規範構面衡量題項表

題項	參考文獻
1. 家庭成員支持會影響接受居家復能服務的意願。	Kanuk and Schiffman (2000) Ajzen (2006)
2. 親戚和朋友的支持會影響接受居家復能服務的意願。	
3. 照管專員的建議會影響接受居家復能服務的意願。	
4. 醫事人員的建議會影響接受居家復能服務的意願。	
5. 大眾傳播媒體廣告與宣傳的會影響接受居家復能服務的意願。	

資料來源:本研究整理

知覺行為控制構面的主要是為評估失能者對自我的肢體功能障礙、日常生活功能依賴程度和其他社會參與的障礙的認知。「知覺行為控制」構面的五個題項是以 Taylor and Todd (1995), Ajzen (2006) 的研究，作為題項設計的基礎。如表 3.8 所示。

表 3.8 失能者知覺行為控制構面衡量題項表

題項	參考文獻
1. 肢體功能障礙是接受居家復能服務的原因。	Taylor and Todd (1995) Ajzen (2006)

資料來源:本研究整理

表 3.8 失能者知覺行為控制構面衡量題項表(續)

題項	參考文獻
2.日常生活功能無法自理是接受居家復能服務的原因。	Taylor and Todd (1995) Ajzen (2006)
3.有環境改造的需求是接受居家復能服務的原因(例如:需要扶手…等)。	
4.接受居家復能服務會受政府對個案的補助是否足夠而影響。	
5.嘉義市職能治療師公會能提供及時、適切、便利的居家復能服務。	

資料來源:本研究整理

意圖構面的主要為衡量失能者當他或她具有較高的意圖時，就算政府沒有提供金錢或資源協助，仍然會選擇接受原服務提供單位的居家復能服務並將接受服務的好處推薦給有需要的人。「意圖」構面的四個題項是以 Zeithaml, Berry and Parasuraman (1996), Ajzen (2006)的研究作為題項設計的基礎。如表 3.9 所示。

表 3.9 失能者意圖構面衡量題項表

題項	參考文獻
1.如果政府沒有提供金錢或資源協助，我仍會選擇接受居家復能服務。	Zeithaml, Berry and Parasuraman (1996) Ajzen (2006)

資料來源:本研究整理

表 3.9 失能者意圖構面衡量題項表 (續)

題項	參考文獻
2. 如果我有居家復能服務需求，我仍會選擇接受居家復能服務。	Zeithaml, Berry and Parasuraman (1996)
3. 我會將接受居家復能服務的好處推薦給有需要的人。	Ajzen (2006)
4. 如果我有接受居家復能服務需求，我仍會選擇接受由嘉義市職能治療師公會所提供的居家復能服務，而不會選擇其他服務提供單位。	

資料來源:本研究整理

「社團法人嘉義市職能治療師公會」所提供居家復能服務資料庫中的次級樣本資料是採用 Likert 五點尺度量表，來衡量受訪者的意見。Likert 五點尺度量表中 1 分表示：非常不同意；2 分表示：不同意；3 分表示：普通；4 分表示：同意；5 分表示：非常同意。本研究同時也收集了包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、社會福利身份和主要照顧者等六個人口統計資料。次級資料經歸納整理後，合計有四個構面包括態度構面的共計七個題目，主觀規範構面的共有五個問題，知覺行為控制構面共有五個問項，意圖構面的四個題項以及六個人口統計資料問項。

### 3.4 研究對象之抽樣方法

在本研究中，研究醫事人員參與居家復能服務的意圖的問卷是採立意抽樣方式進行，以問卷發放的方式進行資料的蒐集。問卷發放期間

從 107 年 7 月 15 日至 107 年 8 月 30 日止。研究對象為雲林縣、嘉義市和嘉義縣參與居家復能服務的醫事人員。本研究共發放 150 份附上參與研究同意書的問卷，經扣除無效問卷後，共回收 101 份同意書及有效問卷。在失能者接受居家復能服務的意圖研究中，我們獲得嘉義市職能治療師公會的核准(核准號 33)。樣本數據是收集自「社團法人嘉義市職能治療師公會」居家復能服務資料庫。該資料庫的研究對象是接受由嘉義市職能治療師公會所提供居家復能服務個案。本研究共獲得 198 個有效樣本。

### 3.5 資料分析方法

在本研究中，為了解變數間的因果關係，使用 SPSS 版本 20.0 進行所有的數據分析。本研究所運用的統計分析包括描述性分析、因素分析、信度分析、獨立樣本 T 檢定、單因子變異數分析(ANOVA)、迴歸分析、中介分析、Sobel 檢定和集群分析。

## 第四章 研究結果與討論

本章節共分為五個部份：第一節為敘述性統計分析，主要是為了解研究樣本的結構特性及背景資料。第二節為因素分析與信度分析，主要是為了檢驗本研究問卷，是否能有效正確地衡量出我們所希望了解的面向及研究問卷的可靠性。第三節為平均數分析，包括獨立樣本 T 檢驗和單因子變異數分析主要是為了解人口統計資料項目對每個構面是否具有統計學顯著性差異。第四節為集群分析，是一種精簡資料的方法，主要是依據樣本之間共同屬性，依據群組內的距離最短，群組間的距離越長的原則，加以分類成不同的集群進行分析。第五節為迴歸分析，主要是為了解自變數與應變數間是否具有因果關係、其相關方向與強度。而中介效應主要是為了解當中介變數存在時，對於自變數與應變數間相關強度的影響程度。第六節為 Sobel 檢定，是統計學上一種為檢定中介效果的方法。

### 4.1 敘述性統計分析

在 101 個研究醫事人員參與居家復能服務的意圖的有效問卷中，71.3% 的受訪者是女性，49.5% 的受訪者是 25-34 歲以上。50.5% 的受訪者未婚，85.1% 的受訪者是大學學歷。44.5% 的受訪者是物理治療師，其他受訪者相關的統計數據的詳細描述見表 4.1。

表 4.1 醫事人員樣本敘述性統計分析表

變數	項目	人數	百分比%
性別	男	29	28.7
	女	72	71.3
年齡	≤24 歲	8	7.9
	25-34 歲	50	49.5
	35-44 歲	26	25.7
	≥45 歲	17	16.8
婚姻狀況	未婚	51	50.5
	已婚(無小孩)	14	13.9
	已婚(有小孩)	36	35.6
教育程度	大學	86	85.1
	大學以上	15	14.9
專業別	物理治療人員	45	44.5
	職能治療人員	36	35.6
	語言治療師	4	4.0
	護理人員	13	12.9
	其他	3	3.0
執業場所	醫院	95	94.1
	診所	2	2.0
	其他	4	3.9
工作年資	< 1 年	31	30.7
	1-3 (以下)年	26	25.7
	3-5 (以下)年	14	13.9
	5-7 (以下)年	10	9.9
	>7 年	20	19.8
往返交通方通方式	自行開車	56	55.4
	騎摩托車	42	41.6
	其他	3	3.0

資料來源:本研究整理

在失能者接受居家復能服務的意圖研究中共獲得 198 個有效數據中，52.0%的受訪者是女性，91.4%的受訪者是 65 歲以上。47.0%的受訪者已婚，34.3%的受訪者是文盲。約 72.2%的受訪者社會福利身份為一般家庭，大多數主要照顧者是失能者的家庭成員。受訪者相關的統計數據的詳細描述見表 4.2 所示。

表 4.2 失能者樣本敘述性統計分析表

變數	項目	人數	百分比%
性別	男	95	48.0
	女	103	52.0
年齡	49歲(含49歲)以下	9	4.6
	50-64歲	8	4.0
	65-69歲	22	11.1
	70-74歲	25	12.6
	75-79歲	53	26.8
	80-84歲	38	19.2
	85-89歲	27	13.6
	90歲(含90歲)以上	16	8.1
婚姻狀況	已婚	93	47.0
	未婚	24	12.1
	喪偶	79	39.9
	離婚	2	1.0
教育程度	文盲	68	34.3
	識字	16	8.1
	小學	54	27.3
	國中	26	13.1
	高中	18	9.1
	大專(大專)含以上	16	8.1
社會福利身份	一般戶	143	72.2
	中低收入戶	24	12.1
	低收入戶	31	15.7
主要照顧者	自己	9	4.6
	配偶	49	24.8
	兒子	50	25.3
	媳婦	26	13.1
	女兒	37	18.7
	父母	6	3.0
	其他	21	10.6

資料來源：本研究整理

## 4.2 因素分析與信度分析

在數據分析過程中，依據文獻的建議如果因素負荷量低於 0.5 的項目，同時如果項目刪除時的 Cronbach's  $\alpha$  值大於原構面的 Cronbach's  $\alpha$  值，則該題項應該被刪除。在探討醫事人員參與居家復能服務的意

圖部分，態度構面的「政府給付醫事人員的居家復能服務費用是合理的」題項的因素負荷量為 0.457，但項目刪除時的 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.873，小於該構面的 Cronbach's  $\alpha$  值 0.876，因此該題項予以保留，在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖的研究資料分析合計保留了「社會責任」構面六個題項，「態度」構面十五個題項，「主觀規範」構面七個題項，「知覺行為控制」構面十四個題項和「意圖」構面九個題項以及包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、專業別、執業場所、工作資歷和往返交通方式共八個人口統計資料問項，進一步作數據分析。

在探討失能者接受居家復能服務的意圖部分，我們共刪除了三個符合刪除標準的題項，分別是主觀規範構面的「大眾傳播媒體廣告與宣傳的會影響接受居家復能服務的意願」，知覺行為控制構面的「有環境改造的需求是接受居家復能服務的原因(例如：需要扶手…等)」，意圖構面的「如果政府沒有提供金錢或資源協助，我仍會選擇接受居家復能服務」。在最終探討失能者接受居家復能服務的意圖的研究資料分析合計保留了態度構面七個題項，主觀規範構面四個題項，知覺行為控制構面四個題項，意圖構面三個題項和六個用於收集人口統計資料的題項，進一步作數據分析。

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖研究中，使用 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 值和 Bartlett 球形檢定來檢驗因素分析的變數的配適度。根據 Kaiser (1974) 的建議，KMO 取樣適切性量數大於 0.7，Bartlett 球形檢定結果達顯著，顯示適合做因素分析。在醫事人員參與居家復能服務的意圖研究中，態度、主觀規範、知覺行為控制、意圖、社會責任的 KMO 值分別為 0.826、0.702、0.857、0.888、0.793，每個構面的 KMO 值皆大於 0.7，Bartlett 球形檢定的結果皆是顯著的，適

合進行因素分析，彙整如表 4.3 所示。

表 4.3 醫事人員樣本之 KMO 值與球形檢定彙整表

構面	KMO值	Bartlett球形檢定		
		Chi-square	df	Sig.(2-tailed)
社會責任	0.793	275.436	15	0.000***
態度	0.826	772.058	105	0.000***
主觀規範	0.702	284.117	21	0.000***
知覺行為控制	0.857	746.633	91	0.000***
意圖	0.888	520.438	36	0.000***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

探討醫事人員參與居家復能服務的意圖研究中的因素分析和信度分析的結果如表 4.4 所示。社會責任、態度、主觀規範、知覺行為控制和意圖的變異數百分比分別為 59.201%、60.311%、67.387%、65.528%和 58.098%。以 Cronbach's  $\alpha$  值來對每個構面的信度進行檢驗。根據文獻建議，Cronbach's  $\alpha$  值應大於 0.7，顯示有更高的內部一致性。從信度分析結果顯示，所有構面的值 Cronbach's  $\alpha$  值都大於 0.7，這顯示有高度的內部一致性。

表 4.4 醫事人員樣本之因素分析和信度分析

構面	因素分析			Cronbach's $\alpha$
	題項的因素 負荷量區間	特徵值	變異數 百分比	
社會責任	0.655~0.835	3.552	59.201%	0.855
態度	0.457~0.748	9.047	60.311%	0.876
主觀規範	0.549~0.916	4.717	67.387%	0.770
知覺行為控制	0.503~0.850	9.174	65.528%	0.892
意圖	0.718~0.832	5.229	58.098%	0.902

資料來源:本研究整理

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖研究的社會責任構面裡，因素負荷量前三高的題項依序是「我覺得醫事人員參與居家復能服務是一種專業善盡社會責任的表現」，「我覺得各醫療專業能否為大眾所認同，取決於該專業所承擔社會責任的程度與範圍」，「我是一個關心醫療專業必須善盡社會責任的人」，顯示多數醫事人員認同參與居家復能服務是一種專業善盡社會責任的表現，也是各醫療專業能否獲得大眾所認同方法之一，而多數醫事人員對專業必須善盡社會責任的內在評價較高。因此，這三個題項和社會責任構面的相關性較高。詳細資料彙整如表 4.5 所示。

表 4.5 醫事人員樣本之社會責任構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
我覺得醫事人員參與居家復能服務是一種專業善盡社會責任的表現。	0.835
我覺得各醫療專業能否為大眾所認同，取決於該專業所承擔社會責任的程度與範圍。	0.808
我是一個關心醫療專業必須善盡社會責任的人。	0.798
我覺得醫事人員善盡社會責任對該專業的生存是非常重要的。	0.780
我覺得醫事人員必須重視社會責任更甚於重視獲利。	0.725
就自己的醫療專業來說，投入居家復能服務是重要的。	0.655

資料來源：本研究整理

「參與居家復能服務過程，可以增進我的溝通能力」，「我覺得參與居家復能服務，讓我的生活過得很充實」，「個案的生活品質提升，

讓我覺得很有成就感」是態度構面因素負荷量前三高的題項，研究結果顯示：能提升自己的溝通能力、讓生活過得很充實以及從中獲得成就感，會影響醫事人員參與居家復能服務的態度。也因此，這三個題項與態度構面的相關性較高。詳細研究結果如表 4.6 所示。

表 4.6 醫事人員樣本之態度構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
參與居家復能服務過程，可以增進我的溝通能力。	0.748
我覺得參與居家復能服務，讓我的生活過得很充實。	0.733
個案的生活品質提升，讓我覺得很有成就感。	0.729
個案的日常生活功能獲得改善，讓我覺得很有成就感。	0.707
醫事人員參與居家復能服務的文書作業流程是簡便的。	0.719
個案及家屬對居家復能服務成效的肯定，讓我覺得很有成就感。	0.699
參與居家復能服務，讓我認識多元的社會價值觀。	0.693
我覺得參與居家復能服務，讓我感到心情愉悅。	0.677
因管理及派案人員的妥善規劃，所以在執行居家復能服務的過程很順利。	0.677
居家復能服務的工作環境是很有挑戰性的。	0.665
因長期照顧管理中心的妥善規劃，所以在執行居家復能服務的過程很順利。	0.661
參與居家復能服務，可以增進我的臨床經驗。	0.650
醫事人員參與居家復能服務可以增加社會大眾對該專業的認識。	0.609

資料來源：本研究整理

表 4.6 醫事人員樣本之態度構面因素負荷量表(續)

題項	因素負荷量
參與居家復能服務，能增加我的收入。	0.608
政府給付醫事人員的居家復能服務費用是合理的。	0.457

資料來源:本研究整理

在主觀規範構面因素負荷量前三高的題項是「親戚的支持會影響我參與居家復能服務的意願」、「朋友的支持會影響我參與居家復能服務的意願」、「網路上的討論會影響我參與居家復能服務的意願」，研究結果顯示親戚、朋友的支持及網路上的討論是前三個會影響醫事人員在做參與居家復能服務決策時所感受的社會壓力。因此，這三個題項與主觀規範構面的相關性較高。研究結果如表 4.7 所示。

表 4.7 醫事人員樣本之主觀規範構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
親戚的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	0.916
朋友的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	0.885
網路上的討論會影響我參與居家復能服務的意願。	0.864
家人的支持會影響我參與居家復能服務的意願。	0.825
電視新聞或節目報導會影響我參與居家復能服務的意願。	0.800

資料來源:本研究整理

表 4.7 醫事人員樣本之主觀規範構面因素負荷量表(續)

題項	因素負荷量
政府長期照顧服務政策的會影響我參與居家復能服務的意願。	0.777
我會因其他醫事人員的推薦或邀請，而參與居家復能服務。	0.549

資料來源:本研究整理

「我有足夠的時間來參與居家復能服務」、「我有足夠的危機處理能力來完成居家復能服務」和「我有足夠的抗壓性來完成居家復能服務」，分別是在知覺行為控制構面因素負荷量前三高的題項，研究結果顯示足夠的時間、危機處理能力及抗壓性會影響醫事人員對參與居家復能服務須具備的能力條件的內部評價。也因此，這三個題項和知覺行為控制構面的相關性較高。研究結果如表 4.8 所示。

表 4.8 醫事人員樣本之知覺行為控制構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
我有足夠的時間來參與居家復能服務。	0.850
我有足夠的危機處理能力來完成居家復能服務。	0.827
我有足夠的抗壓性來完成居家復能服務。	0.821
我有足夠的體力來完成居家復能服務。	0.811
我能配合個案來調整執行居家復能服務的時間。	0.800

資料來源:本研究整理

表 4.8 醫事人員樣本之知覺行為控制構面因素負荷量表(續)

題項	因素負荷量
我能依個案需求調整執行居家復能服務的策略與方法。	0.777
我有足夠的親和力能友善的提供居家復能服務。	0.763
我能依個案的需求，提供即時的衛教及諮詢。	0.757
我有足夠的專業能力來完成居家復能服務。	0.744
我能在工作及個人生活上取得平衡。	0.659
我能配合個案的需求，調整執行居家復能服務的地點。	0.657
我能自行處理執行居家復能服務往返的交通問題。	0.581
我能即時連結其他專業來提供個案所需的服務。	0.566
我能依個案的需求，準備用於執行居家復能服務所需的儀器或設備。	0.503

資料來源:本研究整理

在意圖構面因素負荷量前三高的題項是「未來我願意持續參與居家復能服務」、「爾後如果我收到與居家復能服務的相關活動資訊，我會主動參加」、「未來我願意參加各種類型的居家復能服務」，研究結果顯示持續參與服務、獲知相關訊息即主動參加及願意參加各種類型的服務是醫事人員願意參與居家復能服務的具體表現。因此，這三個題項與意圖構面的相關性較高。研究結果如表 4.9 所示。

表 4.9 醫事人員樣本之意圖構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
未來我願意持續參與居家復能服務。	0.832
爾後如果我收到與居家復能服務的相關活動資訊,我會主動參加。	0.825
未來我願意參加各種類型的居家復能服務。	0.820
我願意犧牲自己的休息時間來參與居家復能服務。	0.767
我願意在網路上推薦參與居家復能服務的好處。	0.760
我願意將接受居家復能服務的好處推薦給其他有需要的個案。	0.720
我願意自行採購執行居家復能服務所需的儀器或設備來提升服務效益。	0.720
我願意成為專職的居家復能服務醫事人員。	0.718
我願意將參與居家復能服務的好處推薦給其他醫事人員。	0.682

資料來源:本研究整理

在失能者接受居家復能服務的意圖研究中，態度的 KMO 值為 0.928，主觀規範為 0.819，知覺行為控制為 0.775，意圖為 0.763，每個構面的 KMO 值大於 0.7，Bartlett 球形檢定的結果皆是顯著的，適合進行因素分析，研究結果如表 4.10 所示。

表 4.10 失能者樣本之 KMO 值與球形檢定彙整表

構面	KMO 值	Bartlett球形檢定		
		Chi-square	df	Sig.(2-tailed)
態度	0.928	3205.555	21	0.000***
主觀規範	0.819	372.848	6	0.000***
知覺行為控制	0.775	574.005	6	0.000***
意圖	0.763	684.025	3	0.000***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

構面的因素分析和信度分析的結果如表 4.11 所示。態度、主觀規範、知覺行為控制和意圖的差異總和分別為 94.848%、71.584%、76.340%、92.678%和 58.098%。以 Cronbach's  $\alpha$  值來對每個構面的信度進行檢驗。信度分析結果顯示，所有構面的 Cronbach's  $\alpha$  值都大於 0.7，這意味著高度的內部一致性。研究結果如表 4.11 所示。

表 4.11 失能者樣本之因素分析和信度分析

構面	因素分析			Cronbach's $\alpha$
	題項的因素 負荷量區間	特徵值	變異數 百分比	
態度	0.950~0.989	6.639	94.848%	0.991
主觀規範	0.805~0.872	2.863	71.584%	0.863
知覺行為控制	0.807~0.929	3.054	76.340%	0.884
意圖	0.971~0.973	2.780	92.678%	0.952

資料來源:本研究整理

在態度的七個題項，因素負荷量前三高的題項依序是「居家復能服務可以減少照顧者的負擔」、「居家復能服務可以改善家庭成員間的關係」、「居家復能服務符合失能者的真正需要」。大多數照顧負擔落在家庭成員而且長期照顧的負擔可能會導致家庭成員間關係的危機。

在醫事人員提供最佳的治療計劃，輔助設備以及環境改善建議，可以協助失能者提升功能性能力和提高生活品質和降低照顧者的壓力，改善家庭成員間的關係。也因此，接受居家復能服務能減少照顧者的負擔、改善家庭成員間的關係及醫事人員所提供的服務能符合失能者的真正需要與態度構面的相關性較高。研究結果如表 4.12 所示。

表 4.12 失能者樣本之態度構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
居家復能服務可以減少照顧者的負擔。	0.989
居家復能服務可以改善家庭成員間的關係。	0.987
居家復能服務符合失能者的真正需要。	0.979
居家復能服務能維持失能者的自尊。	0.977
醫事人員能連結相關資源。	0.969
醫事人員的服務態度令人滿意。	0.966
居家復能服務能改善生活品質。	0.950

資料來源：本研究整理

「醫事人員的建議會影響接受居家復能服務的意願」、「親戚和朋友的支持會影響接受居家復能服務的意願」、「照管專員的建議會影響接受居家復能服務的意願」是主觀規範構面因素負荷量前三高的題項。當住民面對失能時，來自他們信任的人的支持或建議將影響他們接受居家職能治療服務的意圖，特別是來自醫務人員的建議。因此，在主

觀規範構面，醫事人員、親戚和朋友及照管專員的建議會影響失能者是否接受居家復能服務的決策和構面的相關性較高。研究結果如表 4.13 所示。

表 4.13 失能者樣本之主觀規範構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
醫事人員的建議會影響接受居家復能服務的意願。	0.872
親戚和朋友的支持會影響接受居家復能服務的意願。	0.855
照管專員的建議會影響接受居家復能服務的意願。	0.850
家庭成員支持會影響接受居家復能服務的意願。	0.805

資料來源：本研究整理

知覺行為控制構面因素負荷量前三高的題項分別是「肢體功能障礙是接受居家復能服務的原因」、「日常生活功能無法自理是接受居家復能服務的原因」、「嘉義市職能治療師公會能提供及時、適切、便利的居家復能服務」。居民可能意識到他們的能力差，並期望通過友善的服務提供者來提高他們的生活品質，嘉義市職能治療師公會能提供友善的居家復能服務，自然能提升失能者接受居家復能服務的重要因素。因此，知覺行為控制構面，肢體功能障礙及日常生活功能無法自理是失能者接受居家復能服務的主要因素。同時，失能者希望服務提供單位能給予及時、適切、便利的服務與構面的相關性較高。研究結果如表 4.14 所示。

表 4.14 失能者樣本之知覺行為控制構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
肢體功能障礙是接受居家復能服務的原因。	0.929
日常生活功能無法自理是接受居家復能服務的原因。	0.913
嘉義市職能治療師公會能提供及時、適切、便利的居家復能服務。	0.841
接受居家復能服務會受政府對個案的補助是否足夠而影響。	0.807

資料來源：本研究整理

意圖構面因素負荷量由高而低依序排列分別是「我會將接受居家復能服務的好處推薦給有需要的人」、「如果我有接受居家復能服務需求，我仍會選擇接受由嘉義市職能治療師公會所提供的居家復能服務，而不會選擇其他服務提供單位」、「如果我有居家復能服務需求，我仍會選擇接受居家復能服務」。失能者認同居家復能服務的好處，他們願意分享給其他人。另一方面，其他服務提供者的競爭和失能者的需要都會影響失能住民接受居家復能服務意圖。因此，在意圖構面，推薦給其他有需要的人，選擇原服務提供單位及依實際需求使用服務，是失能者認同居家復能服務的具體表現和構面的相關性較高。研究結果如表 4.15 所示。

表 4.15 失能者樣本之意圖構面因素負荷量表

題項	因素負荷量
我會將接受居家復能服務的好處推薦給有需要的人。	0.973
如果我有接受居家復能服務需求，我仍會選擇接受由嘉義市職能治療師公會所提供的居家復能服務，而不會選擇其他服務提供單位。	0.964
如果我有居家復能服務需求，我仍會選擇接受居家復能服務。	0.951

資料來源：本研究整理

### 4.3 平均數分析

平均數分析包括獨立樣本 T 檢定和單因子變異數分析，主要是為確定人口統計項目對每個構面是否具有統計學顯著性差異。獨立樣本 T 檢定適用於性別，對其餘的人口統計項目則適用單因子變異數分析與 post-hoc 檢定多重比較 Scheffe 法。p < 0.05 表其具統計學顯著差異。如 4.16 所示，在醫事人員參與居家復能服務的意圖這項研究中，受訪者在測量項目專業別，態度構面的平均值存在差異。職能治療師在態度構面的平均值大於護理人員。

表 4.16 醫事人員樣本之平均數分析

測量項目 \ 構面	社會責任	態度	主觀規範	知覺行為控制	意圖
性別	N	N	N	N	N
年齡	N	N	N	N	N
婚姻狀況	N	N	N	N	N
教育程度	N	N	N	N	N
職業別	N	2 > 4	N	N	N
執業場所	N	N	N	N	N

1. 物理治療人員, 2:職能治療人員, 3:語言治療師, 4:護理人員, 5:其他, N:不顯著

資料來源：本研究整理

表 4.16 醫事人員樣本之平均數分析(續)

構面 測量項目	社會責任	態度	主觀規範	知覺行為 控制	意圖
工作年資	N	N	N	N	N
往返交通方式	N	N	N	N	N

1:物理治療人員, 2:職能治療人員, 3:語言治療師, 4:護理人員, 5:其他, N:不顯著  
資料來源:本研究整理

如表 4.17 所示，在平均數分析中，失能者的人口統計資料中的教育程度項目對主觀規範和意圖構面具有統計學顯著性差異。對於主觀規範的構面，教育程度為文盲的平均值高於識字。合理的解釋是，當教育程度為文盲的失能住民需要接受居家職能治療服務時，他們需要家人或其他人幫助他們提供所需的申請程序。因此，來自家庭成員，朋友和他人的協助會影響失能住民需要接受居家復能服務的意圖。對於意圖的構面，教育程度為文盲的平均值高於小學畢業，小學畢業高於高中畢業。合理的解釋是，當失能住民的教育程度是文盲或小學時，尋求醫療資源的能力很差。因此，當政府提供居家復能服務的資源時，文盲或小學程度的居民有更高的意願接受居居家復能服務。綜言之，教育程度較低的失能者，易受影響其決策的對象所左右，主要原因可能是自己所能獲得居家復能服務的資訊及資源較有限，對自己所能獲得的資源較珍惜也較易滿足，對接受居家復能服務的意圖相對較高。

表 4.17 失能者樣本之平均數分析

構面 測量項目	態度	主觀規範	知覺行為 控制	意圖
性別	N	N	N	N
年齡	N	N	N	N
婚姻狀況	N	N	N	N

1:文盲, 2:識字, 3:國小, 4:國中, 5:高中, 6:大專(大專)含以上, N:不顯著  
資料來源:本研究整理

表 4.17 失能者樣本之平均數分析(續)

測量項目 \ 構面	態度	主觀規範	知覺行為控制	意圖
教育程度	N	1 > 2	N	1 > 3, 3 > 5
社會福利身份	N	N	N	N
照顧者	N	N	N	N

1:文盲, 2:識字, 3:國小, 4:國中, 5:高中, 6:大專(大專)含以上, N:不顯著

資料來源:本研究整理

#### 4.4 集群分析

集群分析是將樣本觀察值依據群組內的距離最短，群組間的距離越長的原則，加以分類成不同的集群進行分析(Hair et al.,1992)。本研究以意圖構面分別對參與居家復能服務的醫事人員及接受居家復能服務的民眾加以分群，同時以二階段法來進行集群分群。第一階段為階層集群分析法(Hierarchical Methods)以華德法(Ward's Methods)來決定群數，研究結果顯示分為二群為最佳。另第二階段為非階層集群分析法(Non-hierarchical Methods)以 K 平均數集群法(K-means Methods)進行樣本觀察值分類，最後進行集群特徵分析及獨立性檢定。

就醫事人員參與居家復能服務的意圖之集群平均數差異檢定，各構面的集群平均數差異檢定結果顯示:社會責任、態度、主觀規範、知覺行為控制和意圖等構面高支持群中最後集群中心點係數分別為 4.29、4.33、3.84、4.19 與 4.33，而低支持群最後集群中心點係數分別為 3.52、3.74、3.42、3.58 與 3.42，二個群組間存在顯著差異，檢定結果如表 4.18 所示。

表 4.18 醫事人員樣本集群平均數差異檢定彙整表

構面	最後集群中心點		顯著性
	高支持度集群	低支持度集群	
社會責任	4.29	3.52	0.000***
態度	4.33	3.74	0.000***
主觀規範	3.84	3.42	0.000***
知覺行為控制	4.19	3.58	0.000***
意圖	4.25	3.42	0.000***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

由表 4.19 失能者接受居家復能服務的意圖之集群平均數差異檢定結果顯示：態度、主觀規範、知覺行為控制和意圖等構面高支持群中最後集群中心點係數分別為 4.92、4.82、4.92 與 4.96，低支持群最後集群中心點為係數分別為 3.64、3.96、4.00 與 3.73，二個群組間存在顯著差異。

表 4.19 失能者樣本集群平均數差異檢定彙整表

構面	最後集群中心點		顯著性
	高支持度集群	低支持度集群	
態度	4.92	3.64	0.000***
主觀規範	4.82	3.96	0.000***
知覺行為控制	4.92	4.00	0.000***
意圖	4.96	3.73	0.000***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

為了進一步探討集群結果與樣本人口特徵之間是否具有統計學顯著性差異，我們進行獨立性檢定，檢定的結果如表 4.20。就醫事人員參與居家復能服務的意圖之樣本集群獨立性檢定的結果顯示，性別、專業別、往返交通方式與集群間是相關的。就性別項目而言，男性的高支持度集群的人數高於低支持度集群，而女性的低支持度集群的人數高於高支持度集群，可能在推動居家復能服務過程中，仍有許多不利因素減少了醫務人員參與居家復能服務的意圖。因為醫事人員必須走出他們熟悉的工作環境，在有限的設備和空間下提供最合適的專業服務，在服務的過程中，可能遭受性騷擾、暴力對待…等不可預測的危機，這也是讓很多女性醫事人員裹足不前的原因。就專業別項目而言，職能治療人員和語言治療人員高支持度集群的人數高於低支持度集群，而物理治療人員、護理人員和其他醫事人員的低支持度集群的人數高於高支持度集群。就往返交通方式項目而言，自行開車高支持度集群的人數高於低支持度集群，而騎摩托車和其他往返交通方式的低支持度集群的人數高於高支持度集群。可能的原因是因為雲嘉地區個案分布幅員廣大，大眾運輸工具較不發達，自行開車較能符合現況需求。

表 4.20 醫事人員樣本集群獨立性檢定

樣本人口特徵	項目	高滿意度集群 (54 人)	低滿意度集群 (47人)	Pearson卡 方漸進顯著 性(雙尾)
性別	男	20(37.0%)	9(19.1%)	0.047*
	女	34(63.0%)	38(80.9%)	

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

表 4.20 醫事人員樣本集群獨立性檢定(續)

樣本人口特徵	項目	高滿意度集群 (54 人)	低滿意度集群 (47人)	Pearson卡 方漸進顯著 性(雙尾)
年齡	≤24 歲	6(11.1%)	2(4.3%)	0.348
	25-34 歲	23(42.6%)	27(54.7%)	
	35-44 歲	16(29.6%)	10(21.3%)	
	≥45 years	9(16.7%)	8(17.0%)	
婚姻狀況	未婚	25(46.3%)	26(55.3%)	0.517
	已婚無小孩	7(13.0%)	7(14.9%)	
	已婚有小孩	22(40.7%)	14(29.8%)	
教育程度	大學	47(87.0%)	39(83.0%)	0.567
	大學以上	7(43.0%)	8(17.0%)	
專業別	物理治療人員	22(40.7%)	23(48.9%)	0.038*
	職能治療人員	25(46.3%)	11(23.4%)	
	語言治療師	3(5.6%)	1(2.1%)	
	護理人員	3(5.6%)	10(21.3%)	
	其他	1(1.9%)	2(4.3%)	
執業場所	醫院	50(92.6%)	45(95.7%)	0.676
	診所	1(1.9%)	1(2.1%)	
	其他	3(5.6%)	1(2.1%)	
工作年資	1 年以下	19(35.2%)	12(25.5%)	0.709
	1-3 (以下)年	14(25.9%)	12(25.5%)	
	3-5 (以下)年	8(14.8%)	6(12.8%)	
	5-7(以下)年	4(7.4%)	6(12.8%)	
	大於 7 年	9(16.7%)	11(23.4%)	
往返交通 方通方式	自行開車	35(64.8%)	21(44.7%)	0.040*
	騎摩托車	19(35.2%)	23(48.9%)	
	其他	0(0.0%)	3(6.4%)	

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

對於失能者接受居家復能服務的意圖樣本集群獨立性檢定的結果如表 4.21，性別和教育程度與集群間是相關的。就性別項目而言，男性和女性的高滿意度集群的人數皆高於低滿意度集群，而女性的高滿意度集群的人數的百分比高於男性的高滿意度集群。男性的低滿意度集群的人數的比率高於女性的低滿意度集群。就教育程度項目而

言，不同教育程度的受訪者對接受居家復能服務的意圖高滿意度集群人數的百分比高於低滿意度集群。

表 4.21 失能者樣本集群獨立性檢定

樣本人口特徵	項目	高滿意度 集群 (175 人)	低滿意度 集群 (23 人)	Pearson 卡 方漸進顯著 性(雙尾)
性別	男	79(45.1%)	16(69.6%)	0.028*
	女	96(54.9%)	7(30.4%)	
年齡	49歲(含49歲)以下	9(5.1%)	0(0.0%)	0.813
	50-64歲	7(4.0%)	1(4.3%)	
	65-69歲	21(12.0%)	1(4.3%)	
	70-74歲	21(12.0%)	4(17.4%)	
	75-79歲	46(26.3%)	7(30.4%)	
	80-84歲	34(19.4%)	4(17.4%)	
	85-89歲	24(13.7%)	3(13.0%)	
	90歲(含90歲)以上	13(7.4%)	3(13.0%)	
婚姻狀況	已婚	80(45.7%)	13(56.5%)	0.558
	未婚	23(13.1%)	1(4.3%)	
	喪偶	70(40.0%)	9(39.1%)	
	離婚	2(1.1%)	0(0.0%)	
教育程度	文盲	63(36.0%)	5(27.1%)	0.030*
	識字	13(7.4%)	3(13.0%)	
	小學	50(28.6%)	4(17.4%)	
	國中	24(13.7%)	2(8.7%)	
	高中	12(6.9%)	6(26.1%)	
	大專(大專)含以上	13(7.4%)	3(13.0%)	
社會福利 身份	一般戶	123(70.3%)	20(87.0%)	0.206
	中低收入戶	22(12.6%)	2(8.7%)	
	低收入戶	30(17.1%)	1(4.3%)	

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

表 4.21 失能者樣本集群獨立性檢定(續)

樣本人口特徵	項目	高滿意度 集群 (175 人)	低滿意度 集群 (23人)	Pearson卡 方漸進顯著 性(雙尾)
主要照顧者	自己	8(4.6%)	1(4.3%)	0.169
	配偶	44(25.1%)	5(21.7%)	
	兒子	41(23.4%)	9(39.1%)	
	媳婦	25(14.3%)	1(4.3%)	
	女兒	30(17.1%)	7(30.4%)	
	父母	6(3.4%)	0(0.0%)	
	其他	21(12.0%)	0(0.0%)	

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

#### 4.5 迴歸分析

透過迴歸分析驗證來研究假設，如表 4.22 所示，態度及社會責任構面對意圖構面的迴歸分析標準化迴歸係數分別為 0.681 和 0.663。二者在統計學上的結果是顯著的，所有結果都具有統計學意義，所以 H1 和 H8 這二個研究假設成立，即態度和社會責任構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖產生正向影響。依據相關文獻的建議，分析中介效果包含四個步驟。首先，我們應該確定自變數與依變數是否顯著因果關係。第二，我們應該確定自變數與中介變數是否顯著因果關係。第三，我們應該確定中介變數與依變數是否顯著因果關係。最後，我們確立了自變數和依變數之間標準化迴歸模型中加入中介變數後所產生的中介效果(Baron & Kenny, 1986)。中介效果分析的結果顯示社會責任和意圖之間、社會責任和態度之間以及態度和意圖之間皆存在顯著的因果關係。社會責任和意圖在標準化迴歸模型中加入態度後，社會責任對意圖的迴歸係數從 0.663 降至 0.406 ( $p < 0.001$ )，顯示態度在社會責任構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖間具有中介效果，所以 H9 和 H10 這二個研究假設成立。

表 4.22 醫事人員樣本之中介效果分析（態度）

自變數 \ 依變數	意圖	態度	意圖	意圖
	模式1	模式2	模式3	模式4
社會責任	0.663***	0.567***		0.406***
態度			0.681***	0.450***
R	0.663	0.567	0.681	0.759
R <sup>2</sup>	0.439	0.321	0.464	0.577
adj .R <sup>2</sup>	0.434	0.314	0.458	0.568
F-value	77.595	46.859	85.593	66.746

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

如表 4.23 所示，態度和主觀規範構面分別對意圖構面的迴歸分析標準化迴歸係數分別為 0.681 和 0.511。二者在統計學上的結果是顯著的，所有結果都具有統計學意義，所以 H1 和 H2 這二個研究假設成立，即態度和主觀規範構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖產生正向影響。中介效果分析的結果顯示主觀規範和意圖之間、主觀規範和態度之間以及態度和意圖之間皆存在顯著的因果關係。主觀規範和意圖在標準化迴歸模型中加入態度後，主觀規範對意圖的迴歸係數從 0.511 降至 0.278 ( $p < 0.001$ )，顯示態度在主觀規範構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖之間具有中介效果，所 H4 和 H6 這二個研究假設成立。

表 4.23 醫事人員樣本之中介效果分析（態度）

自變數 \ 依變數	意圖	態度	意圖	意圖
	模式1	模式2	模式3	模式4
主觀規範	0.511***	0.411***		0.278***
態度			0.681***	0.567***
R	0.511	0.411	0.681	0.726
R <sup>2</sup>	0.261	0.169	0.464	0.528
adj .R <sup>2</sup>	0.253	0.161	0.458	0.518
F-value	34.943	20.152	85.593	54.760

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

如表 4.24 所示，主觀規範和知覺行為控制這二個構面分別對意圖構面的迴歸分析標準化迴歸係數分別為 0.511 和 0.731。二者在統計學上的結果是顯著的，所有結果都具有統計學意義，所以 H2 和 H3 這二個研究假設，即態度和知覺行為控制構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖產生正向影響。中介效果分析的結果顯示主觀規範和意圖之間、主觀規範和知覺行為控制之間以及知覺行為控制和意圖之間皆存在顯著的因果關係。主觀規範和意圖在標準化迴歸模型中加入知覺行為控制後，主觀規範對意圖的迴歸係數從 0.511 降至 0.278 ( $p < 0.001$ )，顯示知覺行為控制在主觀規範構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖之間具有中介效果，所以 H5 和 H7 這二個研究假設成立。透過迴歸分析驗證結果顯示知覺行為控制構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖的影響最大。

表 4.24 醫事人員樣本之中介效果分析（知覺行為控制）

自變數 \ 依變數	意圖	知覺行為控制	意圖	意圖
	模式1	模式2	模式3	模式4
主觀規範	0.511***	0.371***		0.278***
知覺行為控制			0.731***	0.628***
R	0.511	0.371	0.731	0.775
R <sup>2</sup>	0.261	0.137	0.534	0.601
adj .R <sup>2</sup>	0.253	0.129	0.530	0.593
F-value	34.943***	15.769***	113.596***	73.807***

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

迴歸分析的結果，讓我們了解知覺行為控制構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖的影響最大。其次依序是態度、社會責任、主觀規範。研究結果顯示醫事人員對於參與服務時，個人所擁有資源、人格特質及對工作環境的控制程度會影響其參與的意圖，從個人的認知、經驗及情感對執行服務的內在評價，對於社會責任的評價以及來自社會壓力對個人參與服務的決策上的影響程度，都會影響其與居家復能服務的意圖。中介效果分析結果顯示，態度構面在社會責任構面對意圖構面間及主觀規範構面對意圖構面間產生部分中介效果，知覺行為控制構面在主觀規範構面對意圖構面間產生部分中介效果。醫事人員對於參與居家復能服務時，雖然對社會責任的評價以及來自社會壓力會正向影響個人參與服務的決策，但仍會受到個人對參與服務的內在評價所影響。同時，個人對資源及工作環境的掌控程度也會影響社會壓力對個人參與服務的決策上的影響程度。

在失能者接受居家復能服務的意圖的研究中，態度和主觀規範構面分別對意圖構面的迴歸分析標準化迴歸係數分別為 0.904 和 0.793。二者在統計學上的結果是顯著的，所有結果都具有統計學意義，所以

H1 和 H2 這二個研究假設成立，即態度和主觀規範構面對失能者接受居家復能服務的意圖產生正向影響。中介效果分析的結果顯示主觀規範和意圖之間、主觀規範和態度之間以及態度和意圖之間皆存在顯著的因果關係。主觀規範和意圖在標準化迴歸模型中加入態度後，主觀規範對意圖的迴歸係數從 0.793 降至 0.226 ( $p < 0.001$ )，顯示態度在主觀規範構面對失能者接受居家復能服務的意圖之間具有中介效果，所以 H4 和 H6 這二個研究假設成立，研究結果如表 4.25 所示。

表 4.25 失能者樣本之中介效果分析（態度）

依變數 自變數	意圖	態度	意圖	意圖
	模式1	模式2	模式3	模式4
主觀規範	0.793 <sup>***</sup>	0.779 <sup>***</sup>		0.226 <sup>***</sup>
態度			0.904 <sup>***</sup>	0.727 <sup>***</sup>
R	0.793	0.779	0.904	0.915
R <sup>2</sup>	0.629	0.607	0.817	0.837
adj .R <sup>2</sup>	0.627	0.605	0.816	0.835
F-value	331.762	302.240	873.025	499.914

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

如表 4.26 所示，主觀規範和知覺行為控制這二個構面分別對意圖構面的迴歸分析標準化迴歸係數分別為 0.793 和 0.849。二者在統計學上的結果是顯著的，所有結果都具有統計學意義，所以 H2 和 H3 這二個研究假設成立，即態度和主觀規範構面對失能者接受居家復能服務的意圖產生正向影響。中介效果分析的結果顯示主觀規範和意圖之間、主觀規範和知覺行為控制之間以及知覺行為控制和意圖之間皆存在顯著的因果關係。主觀規範和意圖在標準化迴歸模型中加入知覺行為控制後，主觀規範對意圖的迴歸係數從 0.793 降至 0.249 ( $p < 0.01$ )，顯示知覺行為控制在主觀規範構面對失能者接受居家復能服務的意

圖之間具有中介效果，所以 H5 和 H7 這二個研究假設成立。透過迴歸分析驗證結果顯示態度構面對失能者接受居家復能服務的意圖的影響最大。

表 4.26 失能者樣本之中介效果分析（知覺行為控制）

因變數 自變數	意圖	知覺行為 控制	意圖	意圖
	模式1	模式2	模式3	模式4
主觀規範	0.793***	0.855***		0.249**
知覺行為控制			0.849***	0.636***
R	0.793	0.855	0.849	0.859
R <sup>2</sup>	0.629	0.731	0.721	0.737
adj .R <sup>2</sup>	0.627	0.730	0.719	0.735
F-value	331.762	533.439	505.352	273.539

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\*p<0.001

資料來源:本研究整理

迴歸分析的結果，讓我們了解失能者會先評估接受居家復能服務對自己的益處，同時也會考量自身能力及重要他人的建議。此外，從態度和知覺行為控制構面分別對失能者的主觀規範和意圖之間產生部分中介效果的研究結果顯示。雖然家庭成員、朋友和其他人的支持會影響失能住民接受居家復能服務的意圖，但同時也會受到失能者個人的態度和知覺行為控制的影響。

#### 4.6 Sobel 檢定

Michael (1982)的研究指出，Sobel 檢定是統計學上一種測試中介效果重要的方法。在中介效果分析中，假設自變數對依變數間的關係受中介變數的存在的影響，Sobel 檢定主要用在確定在中介效果分析中的迴歸分析模型加入中介變數之後，自變數對依變數的影響是否顯

著減少，中介效果是否具有統計顯著性。

如表 4.27 所示，以 Sobel test 來檢定醫事人員參與居家復能服務的意圖研究中態度對社會責任與意圖之間的中介效果，態度對主觀規範和意圖之間的中介效果及知覺行為控制對主觀規範和意圖的中介效果顯著，檢定結果顯示，中介效果皆為顯著 ( $p < 0.001$ )。

表 4.27 醫事人員樣本之 Sobel 檢定

自變數	中介變數	依變數	Sobel 檢定
社會責任	態度	意圖	4.057***
主觀規範	態度	意圖	3.329***
主觀規範	知覺行為控制	意圖	3.854***

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

以 Sobel test 來檢定失能者接受居家復能服務的意圖研究中態度對主觀規範與意圖之間的中介效果，檢定結果顯示，中介效果顯著( $p < 0.001$ )。在知覺行為控制對主觀規範和意圖之間的中介效果，檢定結果顯示，中介效果顯著( $p < 0.001$ )，檢定結果如表 4.28 所示。

表 4.28 失能者樣本之 Sobel 檢定

自變數	中介變數	依變數	Sobel 檢定
主觀規範	態度	意圖	14.886***
主觀規範	知覺行為控制	意圖	16.062***

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

資料來源:本研究整理

## 第五章 結論與建議

本研究主要探討醫事人員參與居家復能服務及失能者接受居家復能服務的意圖，依據第四章的研究結果與討論做出結論與建議。在本章節共分為三個部份：第一節為結論，第二節為建議，第三節為研究限制與未來研究方向。

### 5.1 結論

有鑑於台灣以居家復能服務需求日益增加，我們的研究結果為居家復能服務提供了重要的臨床意義。本研究讓我們更了解關於影響醫事人員參與居家復能服務的意圖以及失能者接受居家復能服務的意圖因素。

在探討醫事人員參與居家復能服務的意圖的研究中，知覺行為控制構面對醫事人員參與居家復能服務的意圖的影響最大。其次依序是態度、社會責任、主觀規範。而態度構面在社會責任構面對意圖構面間及主觀規範構面對意圖構面間產生部分中介效果，知覺行為控制構面在主觀規範構面對意圖構面間產生部分中介效果，醫事人員樣本之研究假設分析結果如表 5.1 所示。

表 5.1 醫事人員樣本之研究假設分析結果彙整表

研究假設	分析結果
H1: 醫事人員的態度正向影響其接受居家復能服務的意圖。	成立
H2: 醫事人員的主觀規範正向影響其接受居復能服務的意圖。	成立
H3: 醫事人員的知覺行為控制正向影響其接受居復能服務的意圖。	成立

資料來源: 本研究整理

表 5.1 醫事人員樣本之研究假設分析結果彙整表(續)

研究假設	分析結果
H4: 醫事人員的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的態度。	成立
H5: 醫事人員的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的知覺行為控制。	成立
H6: 醫事人員的態度在其主觀規範和意圖之間具有中介效果。	成立 (部分中介)
H7: 醫事人員的知覺行為控制在其主觀規範和意圖之間具有中介效果。	成立 (部分中介)
H8: 醫事人員的社會責任正向影響其接受居家復能服務的意圖。	成立
H9: 醫事人員的社會責任正向影響其接受居家復能服務的態度。	成立
H10: 醫事人員的態度在其社會責任和意圖之間具有中介效果。	成立 (部分中介)

資料來源:本研究整理

從失能者接受居家復能服務的意圖研究的實證結果顯示，失能者接受居家復能服務的意圖受到態度，主觀規範和知覺行為控制的構面的正向影響。態度構面對失能者接受居家復能服務的意圖的影響最大。其次依序是知覺行為控制、主觀規範。態度構面在主觀規範構面對意圖構面間產生有部分中介效果，知覺行為控制構面在主觀規範構面對意圖構面間產生有部分中介效果，失能者樣本之研究假設分析結果如表 5.2 所示。

表 5.2 失能者樣本之研究假設分析結果彙整表

研究假設	分析結果
H1: 失能者的態度正向影響其接受居家復能服務的意圖。	成立

資料來源:本研究整理

表 5.2 失能者樣本之研究假設分析結果彙整表(續)

研究假設	分析結果
H2:失能者的主觀規範正向影響其接受居復能服務的意圖。	成立
H3:失能者的知覺行為控制正向影響其接受居家復能服務的意圖。	成立
H4:失能者的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的態度。	成立
H5:失能者的主觀規範正向影響其接受居家復能服務的知覺行為控制。	成立
H6:失能者的態度在其主觀規範和意圖之間具有中介效果。	成立 (部分中介)
H7:失能者的知覺行為控制在主觀規範和意圖之間具有中介效果。	成立 (部分中介)

資料來源:本研究整理

## 5.2 建議

如何激勵醫事人員來參與居家復能服務，是決定服務供給量及服務品質最重要的關鍵，Nohria, Groysberg and Lee (2008)的研究指出，激勵組織成員達成組織目標，可從激發組織成員的四個面向來著手，首先是讓組織成員得到所企盼的有形或無形珍貴的東西，例如：社會地位、公開表揚或獎勵…等。第二是讓組織成員能與其他成員或組織產生聯結，創造能促進團隊精神的組織文化，例如：工作互助小組、輔導團…等。第三是透過教育訓練、工作坊…等，讓組織成員能獲得更多技能。最後是讓組織成員能得到更多的保障，例如：法律諮詢、心理諮商…等。因此，在提升醫事人員參與居家復能服務的意圖，我們提供的建議如下：

1. 公開表揚績優長照服務醫事人員，透過網路或大眾媒體的報導肯定醫事人員對失能者的貢獻，都有助於提昇醫事人員參與居家復能服

務的榮譽感，正向增強其社會責任感以及社會大眾對居家復能服務的肯定。

- 2.建議公部門結合包括醫療、法律、心理照顧…等資深專業人士，建立一個長照專業發展輔導團作為醫事人員堅強的後盾，提供第一線的服務的醫事人員專業的諮詢、協助相關長照訊息的公布及資源連結，讓參與服務醫事人員不感到孤單。
- 3.醫事人員普遍對居家復能服務這個領域感到陌生，也較缺乏安全感。因此，強化職前訓練，才能提升服務品質。
- 4.目前參與居家復能服務的醫事人員以兼任人員為主，能提供的服務量有限，唯有透過政策的制定，讓醫事人員認同參與居家復能服務並非只是短暫政策性計畫，而是可以作為終身職業，鼓勵更多醫事人員自行創業，讓更多有熱誠的醫事人員願意全心投入居家復能服務行列，整體的服務供給量才能提升。

就提升失能者接受居家復能服務的意圖，我們提供的建議如下：

- 1.透過大眾媒體成功案例的報導，讓更多失能者知道尋求協助是正確的選擇，因為透過居家復能服務可以幫助他們，不因為環境，身體和心理原因而將自己限制在家。住民可以慢慢的提高他們的生活品質。
- 2.建議公部門以村或里為長照互助單位，結合包括村長或里長、村或里幹事、鄰長及志工，建立社區關懷網，主動關懷失能的村民或里民的需求，協助申請相關服務及補助，讓失能者不會因繁瑣的公文流程而望之卻步。透過相關人員主動了解失能的村民或里民接受居家復能的概況，利用村或里民大會或社區聚會機會，透過失能者接受服務的經驗分享，讓更多村民或里民知道這項服務資源及效益。
- 3.透過公部門協助社區建置無障礙環境，鼓勵失能者參與社區活動，

讓失能者不因環境因素喪失社區參與的機會。

4.目前政府對於居家復能服務費用的補助對象，針對低收入戶給予全額補助，中低收入戶給予 95%的補助，一般戶給予 86%的補助，實務上有許多失能者因某些因素無法獲得社會福利補助身分，公部門應結合社福團體，對於透過村長或里長、村或里幹事的提報，確實為非社福補助對象的經濟弱勢族群應提供的合理補貼，減輕失能者接受居家復能服務的經濟壓力。

成功的居家復能服務需要政府、長期照顧管理中心的照管專員、醫事人員、失能者和家屬共同努力才可以完成。希望本研究的結果，能提供公部門透過滾動式的修正執行計畫，鼓勵更多熱血的醫事人員願意投入居家復能服務，使更多失能者獲得居家復能服務，實現禮運大同篇中的讓所有的老年人都能安享天年，所有身心障礙、生病及失能的人，都能獲得良好的照顧的理想社會。

### 5.3 研究限制與未來研究方向

為了能夠較快速且全面地瞭解醫事人員參與居家復能服務的意圖以及失能者接受居家復能服務的意圖，本研究為採橫斷面研究(Cross-sectional Study)僅在特定的時間點上，調查研究對象的意圖，難以深入探討問題或現象的具體原因與未來趨勢。因此，未來的研究可以朝向縱貫性研究(Longitudinal Study)來進行，研究方式可以透過對研究對象進行長時間觀察或蒐集資料，來探討醫事人員參與居家復能服務的意圖，以及失能者接受居家復能服務的意圖在不同時期的演變。此外，樣本數據收集僅集中在雲林縣、嘉義市和嘉義縣，在未來的研究中，可以擴大到不同縣市，比較區域之間是否存在差異。

近年來，許多針對全民健保醫療資源的研究指出，由於醫療照護

資源有限，如果遭遇兩個或更多患者有相同醫療照護資源的需求，患者們都有權主張要獲得完善的醫療照護資源。如果醫療照護資源不足以提供患者，就會出現兩難的局面。實務上，如果可以按某種優先順序分配醫療照護資源，就不會出現這種情況(陳珮青、李玉春，民 105；林民浩、郭年真、陳威全、溫在弘，民 105；施廷芳、李禮君、陳鴻儀，民 105)。同樣的，老年人口逐年攀升造成長期照顧的需求的增加，居家復能服務的需求相對的增加也是台灣當前長期照顧服務的趨勢，未來長期照護資源也將面臨如何公平有效的分配問題，期許未來有更多的研究，為這個議題投注更多的心力。



## 參考文獻

### 一、中文部分

1. 毛慧芬、紀彥宙、吳淑瓊 (民 96)，台灣長期照護之職能治療人力需要推估，職能治療學會雜誌，第二十五卷第二期，32—52 頁。  
doi：10.6594/JTOTA.2007.25(2).03
2. 李宜玲、李世代、曹昭懿、胡名霞 (民 102)，居家物理治療服務利用影響因素之探討，物理治療，第四十三卷第三期，215—228 頁。 doi: 10.6215/FJPT.201809\_43(3).0003
3. 李宜玲、胡名霞 (民 102)，居家物理治療對失能老人之介入與療效，物理治療，第三十七卷第三期，277—289 頁。
4. 林民浩、郭年真、陳威全、溫在弘 (民 105)，剖析台灣民眾的就醫流動：利用引力模式評估就醫距離與醫療資源分布的影響，台灣公共衛生雜誌，第三十五卷第二期，136—151 頁。 doi: 10.6288/TJPH201635104086
5. 林淑芳、雲安琪、張書菁 (民 105)，工作滿意度，護理人員留任意願-以職場暴力為調節變數，健康管理學刊，第十四卷第二期，80—90 頁。
6. 林震岩 (民 99)，多變量分析：SPSS 的操作與應用(再版)，台北：智勝文化事業有限公司。
7. 施廷芳、李禮君，陳鴻儀 (民 105)，台灣藥價差亂象-醫療經濟學 角度之分析及建議，台灣公共衛生雜誌，第三十五卷第二期，113—115 頁。 doi: 10.6288/TJPH201635105017
8. 張席熒、謝好葳、薛漪平、謝清麟 (民 95)，日常生活活動功能評量之四十年回顧，台灣復健醫學雜誌，第三十四卷第二期，63—71 頁。 doi: 10.6315/2006.34(2)01

9. 許志民、李怡靜、張珮玥、陳立奇、李宜玲 (民 107)，北市醫學雜誌，第十五卷第一期，117—124 頁。 doi: 10.6200/TCMJ.201803\_15(1).0012
10. 陳宜民、鍾道詮 (民 91)，醫師的社會責任養成教育之我見，應用倫理研究通訊，第二十一期，30—35 頁。
11. 陳珮青、李玉春 (民 104)，以德非法建構醫療資源配置：政策利害關係人觀點，台灣公共衛生雜誌，第三十四卷第二期，193—203 頁。 doi: 10.6288/TJPH201534103122。
12. 陳睿俊、陳勃仲、張哲輔、林清壽、李苑雯 (民 106)，影響中高齡者參與定期健康檢查行為意向之研究，福祉科技與服務管理學刊，第五卷第一期，47—60 頁。
13. 黃仲毅、余鑑、于俊傑 (民 105)，護理人員願意投入和留任醫院執業之工作條件與彈性制度探討，護理雜誌，第六十三卷第二期，80—90 頁。 doi: 10.6224/JN.63.2.80
14. 溫如慧 (民 100)，老人社區照顧—檢視台灣、英國、與香港之政策，台灣健康照顧研究學刊；第一卷第十期，74—88 頁。
15. 龔玉齡、林麗華、蔡政言 (民 107)，職能治療在日常生活功能成效之研究—以臺南市居家之職能治療為例，福祉科技與服務管理學刊，第六卷第一期，41—54 頁。 doi: 10.6283/JOCSG.201804\_6(1).41

## 二、外文部分

1. Ajzen, I. (1985). From Intention to Action: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds.), Action-Control: From Cognition to Behavior (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
2. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol.50, pp.179-211.
3. Ajzen, I. (2006). Constructing a theory of planned behavior questionnaire. [Online] Available:  
<https://www.researchgate.net/publication/235913732>
4. Aplin, T., de Jonge, D., & Gustafsson, L.(2015). Understanding home modifications impact on clients and their family's experience of home: A qualitative study. Australian Occupational Therapy Journal, Vol.62, pp.123-131. doi: 10.1111/1440-1630.12156
5. Aspinall, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Weatendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. Age and Ageing, Vol.45, pp.574-578. doi: 10.1093/ageing/afw094
6. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, Vol.51, No.6, pp.1173-1182.
7. Bashir, R., Hassan, A., & Cheema, F.-E.-A. (2012). Impact of corporate social responsibility activities over the employees of the organizations: An exploratory study. Journal of Management and Social Sciences, Vol.8, No.2, pp.11-21.
8. Blackwell, R. D., Miniard, P.W., & Engel J. F. (2001). Consumer Behavior (9th ed.). Australia: South-Western/Thomson Learning.
9. Bontje, P., Asaba, E., Tamura, Y., & Josephsson, S. (2012). Japanese

- older adults' perspectives on resuming daily life during hospitalization and after returning home. Occupational Therapy International, Vol.19, pp.98-107. doi: 10.1002/oti.329
10. Bondy, K., Moon, J., & Matten, D. (2012). An institution of corporate social responsibility (CSR) in multi-national corporations (MNCs): Form and implications. Journal of Business Ethics, Vol.111, pp.281-299.
  11. Brammer, S., He, H., & Mellahi, K. (2015). Corporate social responsibility, employee organizational identification, and creative effort: The moderating impact of corporate ability. Group & Organization Management, Vol.40, pp.323-352. doi: 10.1177/1059601114562246
  12. Carroll, A. B. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. Business Horizons, Vol.34, No.4, pp.39-48.
  13. Carroll, A. B. (1999). Corporate social responsibility- Evolution of a definitional construct. Business & Society, Vol.38, No.3, pp.268-295.
  14. Cheng, J. H., Lee, C. M., & Chen, H. P. (2014). Assessing inter-organizational performance in supply chain-corporate social responsibility as a mediator. Asia Pacific Management Review, Vol.19, o.1, pp.61-79.
  15. Cheng, S., Cheung, S. H., Wong, D., Pang, A., Chui, D., Chan, E., & Tse, G. (2001). Survey of performance standards of community occupational therapy service in Hong Kong. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Vol.11, pp.5-9.
  16. Close, M. A., Lytle, L. A., Chen, D. G., & Viera, A. J. (2018). Using the theory of planned behavior to explain intention to eat a healthful diet among Southeastern United States office workers, Nutrition & Food Science, Vol.48, No.2, pp.365-374. doi: 10.1108/NFS-06-2017-

17. Dawkins, C.E., Jamali, D., Karam, C., Lin, L., & Zhao, J. (2014). Corporate social responsibility and job choice intentions: A cross-cultural analysis. Business & Society, NO.1-35. doi: 10.1177/0007650314564783
18. De Jonge, D., Jones A, Phillips R., & Chung, M. (2011). Understanding the essence of home: Older people's experience of home in Australia. Occupational Therapy International, Vol.18, pp.39-47. doi: 10.1002/oti.312.
19. Dharamsi, S., Ho, A., Spadafora, S. M., & Woollard, R. (2011). The physician as health advocate: Translating the quest for social responsibility into medical education and practice. Academic Medicine, Vol.86, No.9, pp.1108-1113. doi: 10.1097/ACM.0b013e318226b43b
20. Duarte, A. P., Gomes, D. R., & Gonçalves das Neves, J. (2014). Finding the jigsaw piece for our jigsaw puzzle with corporate social responsibility: The impact of CSR on prospective applicants' responses. Management Research: The Journal of the Iberoamerican Academy of Management, Vol.12, No.3, pp.240-258.
21. Ersoy, I., & Aksehirli, Z. (2015). Effects of perceptions of corporate social responsibility on employer attractiveness. Research Journal of Business and Management, Vol.2, No.4, pp.507-518.
22. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.
23. Fort, I., Pacaud, C., & Gilles, P.Y. (2015). Job search intention, theory of planned behavior, personality and job search experience. International Journal for Educational and Vocational Guidance, Vol.15, No.1, pp.57-74.

24. Ghosh, D., & Gurunathan, L. (2014). Linking perceived corporate social responsibility and intention to quit: The mediating role of job embeddedness. The Journal of Business Perspective, Vol.18, No.3, pp.175-183.
25. Greyling, E (2016). The applicability of the Theory of Planned Behaviour to choosing a career as a rural physician in South Africa. The Degree of Ph.D with specialisation in Human Resource Management, University of Pretoria.
26. Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black W. C. (1992). Multivariate Data Analysis with readings (3rd ed). New York: Macmillan Publishing.
27. Haydon, H. M., Obst, P. L., & Lewis, I. (2018). Examining women's alcohol consumption: The theory of planned behavior and self-identity. Substance Use & Misuse, Vol.53, No.1, pp.128-136. doi: 10.1080/10826084.2017.1327972.
28. Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvåg, H. (2017). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. Health Soc Care Community, Vol.25, No.5, pp.1581-1589. doi: 10.1111/hsc.12324.
29. Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. Journal of Multidisciplinary Healthcare, Vol.11, pp.305-316.
30. Hsieh, H. C., Chiu, H. C., Hsieh, Y. H., Ho, P. S., Chen, L. C., & Chang, W. C. (2016). The perceptions and expectations toward the social responsibility of hospitals and organizational. The Journal of Nursing Research, Vol.24, No.3, pp.249-261.
31. Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. Anthropological Notebooks, Vol.20, No.1, pp.21-33.

32. Ishibashi, Y., Yamada, T., Kobayashi, N., Hashimoto, M. & Forsyth, K. (2013). The relationship between homebound status and occupational competence, and its effects on health-related quality of life. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Vol.23, pp.4-13.
33. Jecker, N. S (1990). Integrating medical ethics with normative theory: patient advocacy and social responsibility. Theoretical Medicine, Vol.11, pp.125-139.
34. Jin, L., Lunhua Mao, L., Zhang, J., & Walker, M. (2011). Impact of green stadium initiatives on donor intentions toward an intercollegiate athletic programme. International Journal of Sport Management & Marketing, Vol.10, pp.124-141.
35. Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. Psychometrik, Vol.39, No.1, pp.31-36.
36. Klimkiewicz, K., & Oltra, V. (2017) Does CSR enhance employer attractiveness? The role of millennial job seekers' attitudes. Corporate Social Responsibility and Environmental Management, Vol.24, pp.449-463. doi: 10.1002/csr.1419.
37. Ko, N. Y., Feng, M. C., Chiu, D. Y., Wu, M. H., Feng, J. Y., & Pan, S. M. (2004). Applying theory of planned behavior to predict nurses' intention and volunteering to care for SARS patients in southern Taiwan. The Kaohsiung journal of Medical Sciences, Vol.20, No.8, pp.389-398. doi: 10.1016/S1607-551X(09)70175-5
38. Kumari, S., & Saini, G. K. (2018). Do instrumental and symbolic factors interact in influencing employer attractiveness and job pursuit intention? Career Development International, Vol.23, No.4, pp.444-462. doi: 10.1108/CDI-03-2018-0069
39. Lai, W. W., Chan, J. P.Y., Choi, P. K.K., Ngai, L. C.T., Mar, C. S. F., Chan, E. Y. L., Lam, P. Y. P., & Lam, F. N. Y. (2009). Occupational therapy in the integrated elderly and community support service for the

- elderly in Hong Kong. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Vol.19, No.1, pp.27-30.
40. Lee, J. H., Lee, J. H., & Park, S. H. (2014). Leisure activity participation as predictor of quality of life in Korean urban-dwelling elderly. Occupational Therapy International, Vol.21, pp.124-132. doi: 10.1002/oti.1371
  41. Lee, M. (2008). Aging in Place: A Contemporary Social Phenomenon. The Degree of Doctor of Philosophy in Design and Human Environment, Oregon State University.
  42. Leveson, L., & Joiner, T.A. (2014). Exploring corporate social responsibility values of millennial job-seeking students. Education and Training, Vol.56, No.1, pp.21-34. doi: 10.1108/ET-11-2012-0121
  43. Lin, C.P., Lin, C.P., Liu, M.L., & Liu, M.L. (2017). Examining the effects of corporate social responsibility and ethical leadership on turnover intention. Personnel Review, Vol.46, No.3, pp.526-550. doi: 10.1108/PR-11-2015-0293
  44. Littlechild, R., Bowl, R., & Matka1, E. (2010). An Independence at home service: The potential and the pitfalls for occupational therapy services. British Journal of Occupational Therapy, Vol.73, No.6, pp.242-250.
  45. Low, M. P., Ong, S. F., & Tan, P.M.( 2017).Would internal corporate social responsibility make a difference in professional service industry employees' turnover intention? A two-stage approach using PLS-SEM. Global Business and Management Research: An International Journal, Vol.9,No.1, pp.24-41.
  46. Metzelthin, S. F., Rooijackers, T. H., Zijlstra, G. A. R., Rossum, E. V., Veenstra, M. Y., Koster, A., Silvia M. A. A., Evers, S. M. A. A.,Breukelen, G. J. P. V., & Kempen, G.I.J.M. (2018) Effects, costs and feasibility of the ‘Stay Active at Home’ Reablement training

- programme for home care professionals: study protocol of a cluster randomised controlled trial. BMC Geriatrics, Vol.18, No.276, PP.1-15. doi: 10.1186/s12877-018-0968-z
47. Moe, A., Ingstad, K., & Brataas, H. V. (2017). Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. BMC Health Services Research, Vol.17, No.1, 736, pp.1-10. doi: 10.1186/s12913-017-2715-0.
  48. Mountain, G. A., & Craig, C. L. (2011). The lived experience of redesigning lifestyle post-retirement in the UK. Occupational Therapy International, Vol.18, pp.48-58. doi: 10.1002/oti.309
  49. Musich, S., Wang, S. S., Hawkins, K., & Yeh, C. S. (2015). Homebound older adults: prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care. Geriatric Nursing, Vol.36, pp.445-450. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.06.013
  50. Nohria, N., Groysberg, B., & Lee, L. E. (2008). Employee motivation: A powerful new model. Harvard Business Review, 86(7/8), 78–84.
  51. Nunnally, J. C. (1978). Psychometric Theory (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
  52. Pastalan, L. A. (1990). Aging in Place: The Role of Housing and Social Supports. New York: Haworth Press.
  53. Prihatiningsih, W., Syaebani, M. I., & Devina, M. (2017). Impact analysis On corporate social responsibility towards job pursuit intention with socio-environmental consciousness as a moderating variable: Case study Of undergraduate students at universitas benefit. BENEFIT Jurnal Manajemen dan Bisnis, pp.115-124. doi: 10.23917/benefit.v2i2.5476
  54. Rajagopal. & Raquel, C. (2015). Understanding Consumer Behavior and Comsumption Experience. PA, USA: An Imprint of IGI Global.
  55. Rupp, D. E., Ganapathi, J., Aguilera, R. V., & Williams, C. A. (2006).

- Employee reactions to corporate social responsibility: An organizational justice framework. Journal of Organizational Behavior, Vol.27, pp.537-543.
56. Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2000). Consumer Behavior (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
57. Sen, S., Bhattacharya, C. B., & Korschun, D. (2006). The role of corporate social responsibility in strengthening multiple stakeholder relationships: A field experiment. Journal of the Academy of Marketing Science, Vol.34, No.2, pp.158-166. doi: 10.1177/0092070305284978
58. Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Peter Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior? Zeitschrift für Psychologie, Vol.224, No.3, pp.216-233. doi: 10.1027/2151-2604/a000255
59. Michael E. (1982). "Asymptotic confidence intervals for indirect effects in Structural Equation Models". Sociological Methodology. Vol.13, pp.290-312. doi:10.2307/270723. JSTOR 270723.
60. Tseng, Y. F., Wang, K. L., Lin, C. Y., Lin, Y. T., Pan, H. C., & Chang, C. J. (2018). Predictors of smoking cessation in Taiwan: using the theory of planned behavior. Psychology, Health & Medicine, Vol.23, No.3, pp.270-276. doi: 10.1080/13548506.2017.1378820
61. Taylor, S. & Todd, P. (1995). Decomposition and crossover effects in the theory of planned behavior: a study of consumer adoption intentions. International Journal of Research in Marketing, Vol.12, No.2, pp.137-155.
62. Taylor, S., & Todd, P. (1995). Understanding information technology usage: A test of competing models. Information Systems Research, Vol.6, No.2, pp.144-176.
63. Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I.

- (2015). Reablement in community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. BMC Geriatr, Vol.15, No.1, pp.1-11.
64. Vu, L. N., Dean, M. J., Mwamburi, M., Au, R. & Qiu, W. Q. (2013). Executive function and mortality in homebound elderly adults. Journal of the American Geriatrics Society, Vol.61, pp.2128-2134.
65. Wang, R.T. (2013): Modeling corporate social performance and job pursuit intention: Mediating mechanisms of corporate reputation and job advancement prospects. Journal of Business Ethics, Vol.117, No.3, pp.569-582.
66. Yilmazdogan, O. C., Secilmis, C., & Cicek, D. (2015).The effect of Corporate Social Responsibility (CSR) perception on tourism students' intention to work in sector. Procedia Economics and Finance Vol.23, pp.1340-1346. doi: 10.1016/S2212-5671(15)00321-4
67. Yoo, J. M., & Chon, M. L. (2015).The effect of CSR on employees' turnover intention: Comparative study on harmful and non-harmful industry. Indian Journal of Science and Technology, Vol.8, No.21, doi: 10.17485/ijst/2015/v8i21/79157
68. Yoon, J., & Lee, S. (2016). What makes employees zealous supporters of their firm's CSR initiative? The role of employees' perceptions of their firm's CSR authenticity. Advances in Group Processes, Vol.33, pp.93-126.
69. Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. Journal of Marketing, Vol.60, No.2, pp.31-46.

### 三、網路部分

1. 立法院(民 104), 長期照顧服務法。上網日期 108 年 1 月 31 日, 檢自: <http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@@1804289383/>。
2. 內政部戶政司(民 108a), 民國 107 年內政統計資料。上網日期 108 年 1 月 31 日, 檢自: <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。
3. 內政部戶政司(民 108b), 人口統計資料。上網日期 108 年 1 月 31 日, 檢自: <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>。
4. 內政部統計處(民 108), 內政部統計年報。上網日期 108 年 5 月 5 日, 檢自: [https://www.moi.gov.tw/files/site\\_stuff/321/2/year/year](https://www.moi.gov.tw/files/site_stuff/321/2/year/year)。
5. 行政院(民 96), 我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫(96-105 年)。上網日期 108 年 1 月 31 日, 檢自: [http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=581fod\\_list\\_no1403&doc\\_no=3412/](http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/DM1_P.aspx?f_list_no=581fod_list_no1403&doc_no=3412/)
6. 行政院(民 105), 長照十年計畫 2.0(106-115 年)。上網日期 108 年 1 月 31 日, 檢自: <https://www.ey.gov.tw/Upload.aspx?Upload=RelFile/1051219長照2.0核定本.pdf>。
7. 教育部(民 106), 大學社會責任實踐計畫。上網日期 108 年 5 月 5 日, 檢自: <https://www.admin.ltu.edu.tw/public/Download/6580/201707121450280.pdf>
8. 國家發展委員會(民 107), 中華民國人口推估(2018 至 2065 年)。上網日期 107 年 10 月 25 日, 檢自: [https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3)
9. 衛生福利部(民 105a), 長期照顧十年計畫 2.0(106~115 年)(核定本)。上網日期 107 年 10 月 25 日, 檢自: <https://www.mohw.gov.tw/-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>
10. 衛生福利部(民 105b), 2025 年健康與福利政策白皮書。上網日

期 107 年 10 月 25 日，檢自：<http://tagv.mohw.gov.tw/TAGVResources/upload/Resources/2017/4/2025%E8%A1%9B%E7%94%9F%E7%A6%8F%E5%88%A9%E6%94%BF%E7%AD%96%E7%99%BD%E7%9A%AE%E6%9B%B8.pdf>

11. 衛生福利部（民 106a），長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法。上網日期 107 年 5 月 20 日，檢自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-29134-1.html>
12. 衛生福利部（民 106b），衛生福利政策白皮書。上網日期 107 年 5 月 20 日，檢自：<http://tagv.mohw.gov.tw/TAGVResources/upload/Resources/2017/4/2025衛生福利政策白皮書.pdf>
13. 衛生福利部（民 107），長照專業服務手冊。上網日期 107 年 5 月 20 日，檢自：[https://www.health.ntpc.gov.tw/archive/health\\_ntpc/6/file/長照專業服務手冊.pdf](https://www.health.ntpc.gov.tw/archive/health_ntpc/6/file/長照專業服務手冊.pdf)
14. 衛生福利部（民 108），長照復能服務操作指引。上網日期 108 年 5 月 20 日，檢自：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4444-47438-201.html>。
15. 衛生福利部統計處（民 108），高齡及長期照顧統計。上網日期 108 年 2 月 2 日，檢自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-4226-45154-113.html>。

## 附錄一：參與者同意書

### 「醫事人員參與居家復能服務行為研究」參與者同意書

#### 一、前言

您好，非常感謝您願意參與「醫事人員參與居家復能服務行為」研究(以下簡稱本研究)，這份參與者同意書(以下簡稱本同意書)主要是要向您說明有關本研究的相關資訊，以便於您決定是否要參加本研究。若您在閱讀本同意書或參與本研究的過程中，對於本研究仍有任何的疑問，歡迎您隨時向計畫主持人或相關研究人員提出來，我們將為您做詳細的說明和回答。如果您決定參與本研究，請在這一份研究參與者同意書上簽名以代表您同意參與本研究。若您在這份研究參與者同意書上簽名同意參與研究後，想法有所改變，您仍然可以隨時退出本研究而不需要任何的理由。

#### 二、研究計畫的簡介

有關本研究的計畫內容，在此向您簡要說明如下：

本研究是由南華大學企業管理學系管理科學博士班黃國忠教授及研究生楊育哲共同負責本計畫的規劃與執行。本研究之目的是了解您執行居家復能服務後，對於「醫事人員參與居家復能服務行為」的感受、看法與建議。

#### 三. 保密的原則

本研究將依法把任何可辨識您身分之紀錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開，也不會向與本研究無關的人員透露。所有研究的原始資料在經由統計或分析之後，除非另外再徵得您的同意，否則將被審慎加鎖保管，並在研究結束、研究成果撰寫成結案報告，以及撰寫成論文在學術研討會或學術期刊上發表後，加以銷毀，原則上為研究結束後三年，若因結案報告或論文尚未撰寫完成，或其他法規或命令的要求，而有延長的必要時，最長也不會超過十年。

**本人已詳細瞭解上述研究內容及研究參與者的權益。本人同意接受為此研究計畫的自願研究參與者。**

**研究參與者簽名：**

**簽署日期：中華民國            年            月            日**

## 附錄二：研究問卷

親愛的受訪者您好：

首先，由衷感謝您協助我們填寫本問卷！本問卷為學術性問卷，主要目的是想了解醫事人員參與居家復能服務之行為。您所填答的資料絕對保密，請放心依個人真實想法加以作答，您的意見對我們的研究有很重要的幫助。

敬祝

身體健康，萬事如意

南華大學企業管理學系管理科學博士班  
指導教授：黃國忠教授  
研究生：楊育哲 敬上

**第一部份：參與居家復能服務後請依據您的實際情況或感受，回答  
以下問題**

題項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1.參與居家復能服務，可以增進我的臨床經驗。					
2.參與居家復能服務過程，可以增進我的溝通能力。					
3.居家復能服務的工作環境是很有挑戰性的。					
4.參與居家復能服務，讓我認識多元的社會價值觀。					
5.參與居家復能服務，能增加我的收入。					
6.因長期照顧管理中心的妥善規劃，所以在執行居家復能服務的過程很順利。					
7.因管理及派案人員的妥善規劃，所以在執行居家復能服務的過程很順利。					
8.醫事人員參與居家復能服務，可以增加社會大眾對該專業的認識。					
9.政府給付醫事人員的居家復能服務費用是合理的。					

題項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
10.醫事人員參與居家復能服務的文書作業流程是簡便的。					
11.個案的日常生活功能獲得改善，讓我覺得很有成就感。					
12.個案的生活品質提升，讓我覺得很有成就感。					
13.我覺得參與居家復能服務，讓我的生活過得很充實。					
14.個案及家屬對居家復能服務成效的肯定，讓我覺得很有成就感。					
15.我覺得參與居家復能服務，讓我感到心情愉悅。					
16.我覺得醫事人員善盡社會責任對該專業的生存是非常重要的。					
17.我覺得醫事人員參與居家復能服務是一種專業善盡社會責任的表現。					
18.我覺得各醫療專業能否為大眾所認同，取決於該專業所承擔社會責任的程度與範圍。					
19.我覺得醫事人員必須重視社會責任更甚於重視獲利。					
20.我是一個關心醫療專業必須善盡社會責任的人。					
21.就自己的醫療專業來說，投入居家復能服務是重要的。					
22.電視新聞或節目報導會影響我參與居家復能服務的意願。					
23.政府長期照顧服務政策的會影響我參與居家復能服務的意願。					
24.網路上的討論會影響我參與居家復能服務的意願。					
25.我會因其他醫事人員的推薦或邀請，而參與居家復能服務。					
26.家人的支持會影響我參與居家復能服務的意願。					
27.親戚的支持會影響我參與居家復能服務的意願。					
28.朋友的支持會影響我參與居家復能服務的意願。					

題項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
29.我有足夠的時間來參與居家復能服務。					
30.我有足夠的體力來完成居家復能服務。					
31.我有足夠的專業能力來完成居家復能服務。					
32.我有足夠的抗壓性來完成居家復能服務。					
33.我有足夠的危機處理能力來完成居家復能服務。					
34.我有足夠的親和力能友善的提供居家復能服務。					
35.我能在工作及個人生活上取得平衡。					
36.我能自行處理執行居家復能服務往返的交通問題。					
37.我能依個案的需求，準備用於執行居家復能服務所需的儀器或設備。					
38.我能即時連結其他專業來提供個案所需的服務。					
39.我能依個案的需求，提供即時的衛教及諮詢。					
40.我能依個案需求調整執行居家復能服務的策略與方法。					
41.我能配合個案來調整執行居家復能服務的時間。					
42.我能配合個案的需求，調整執行居家復能服務的地點。					
43.我願意將參與居家復能服務的好處推薦給其他醫事人員。					
44.我願意將接受居家復能服務的好處推薦給其他有需要的個案。					
45.爾後如果我收到與居家復能服務的相關活動資訊，我會主動參加。					
46.我願意犧牲自己的休息時間來參與居家復能服務。					
47.我願意自行採購執行居家復能服務所需的儀器或設備來提升服務效益。					

題項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
48.未來我願意持續參與居家復能服務。					
49.未來我願意參加各種類型的居家復能服務。					
50.我願意在網路上推薦參與居家復能服務的好處。					
51.我願意成為專職的居家復能服務醫事人員。					

## 第二部分：基本資料

- 1.性別：男 女
- 2.年齡：24歲以下 25-34歲 35-44歲 45歲以上
- 3.婚姻狀況：未婚 已婚(無小孩) 已婚(有小孩)
- 4.教育程度：大學(專) 大學(專)以上
- 5.專業別：物理治療人員 職能治療人員 語言治療師 護理人員 其他\_\_\_\_\_
- 6.執業地點：醫院 診所 其他\_\_\_\_\_
- 7.您參與居家復能服務多少年了？1年以下(不含1年) 1年-3年以下  
3年-5年以下 5年-7年以下 7年以以上
- 8.請問您執行居家復能服務時主要往返案家的交通方式？自行開車 摩托車  
其他 請說明:\_\_\_\_\_